



Universidade Nova de Lisboa

Instituto de Higiene e Medicina Tropical

VULNERABILIDADES DAS MULHERES, VIOLÊNCIA DE GÉNERO E A INFECÇÃO PELO VIH/SIDA NA CIDADE DE MAPUTO, MOÇAMBIQUE

Osvaldo Augusto Matavel

DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTOR EM SAÚDE INTERNACIONAL, ESPECIALIDADE DE POLITICAS DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO

FEVEREIRO, 2019



Universidade Nova de Lisboa

Instituto de Higiene e Medicina Tropical

VULNERABILIDADES DAS MULHERES, VIOLÊNCIA DE GÊNERO E A INFECÇÃO PELO VIH/SIDA NA CIDADE DE MAPUTO, MOÇAMBIQUE

Autor: Osvaldo Augusto Matavel

Orientadora: Professora Doutora Sónia Dias

Co-orientadores:

Professora Doutora Maria do Rosário de Oliveira Martins

Professor Doutor Mohsin Sidat

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Saúde Internacional, Especialidade de Políticas de Saúde e Desenvolvimento

Apoio Financeiro

Ministério da Ciência e Tecnologia de Moçambique: Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Ciência e Tecnologia

FEVEREIRO, 2019

Agradecimentos

A realização deste projeto de investigação resulta, naturalmente, de múltiplos empenhamentos, que se estendem desde às pessoas até as instituições que o apoiaram científica e afetivamente. Embora a elaboração de uma tese seja um trabalho primordialmente “solitário”, é evidente que ela não se realizaria sem a participação da família, colegas, amigos, funcionários de bibliotecas, informantes e muitos “outros” mais ou menos pacientes. As participações se processam de várias maneiras: desde dicas teóricas e advertências para às fugas aos objetivos ou reformulações dos mesmos, indicações bibliográficas, empréstimo de livros e de ideias, algo que pode ser de suma importância e até divergências as vezes insanáveis, uma palavra certa num momento de incerteza ou um gesto de amparo num momento de desespero. Não sendo possível enumerar todas as pessoas que, de uma ou de outra maneira, fizeram parte deste “tortuoso” caminho mas gratificante, mencionarei algumas.

Aos Professores Sónia Dias, Maria do Rosário e Moshin Sidat que orientaram, incentivaram e apoiaram este experimento académico. Foram três escolas, que convergiam na importância do foco, rigor, imprescindíveis quando se investiga e se conta uma história.

Ao Professor Samuel Mabunda, pela partilha da sua experiência de aluno, pelo incentivo constante e pelo seu otimismo em tudo e a toda hora, mesmo nas vezes que tudo parecia difícil.

Ao Professor Humberto Muquingue, pela inspiração, orientação e apoio moral e pela revisão capital na fase derradeira da escrita que permitiu este resultado.

Ao Yasser Gulamo endereço o meu sincero agradecimento pelo apoio no trabalho de estatístico, pela disponibilidade em todos encontros, estarei sempre agradecido pelo facto de, num momento de particular dificuldade, ter encontrado nele um apoio e assim avançar com o trabalho.

O meu muito obrigado à Ana Sofia, por me ouvir e me guardar os recados e ainda pelas discussões da gramática.

Aos meus queridos pais (em memória), que me mandaram para a escola. A todos os amigos que estiveram presentes e resistiram aos humores nem sempre recomendáveis.

Aos meus filhos Ntsumi, Tsakalo e Thembile, a eles integralmente dedico este resultado, muito obrigado pelas noites sem Papy e os dias que foram ver o avião levantar ou aterrar a Mavalane.

Agradecimento especial à minha esposa Saula que, generosamente, se disponibilizou para sozinha cumprir em dobro as obrigações de cuidar da família.

Resumo

Introdução: Cerca de 36.7 milhões de pessoas viviam com o VIH no mundo e a África austral tinha a epidemia mais grave, com 19 milhões de PVVIH, o que representava 51% da prevalência mundial (Global AIDS Report, 2016). As mulheres correspondem a 52% de todas as PVVIH em países de baixa renda e os homens, 48%. O INSIDA (2009) indicou que em Moçambique a prevalência da infeção pelo VIH na população adulta entre os 15-49 anos de idade era de 11,5%, sendo de 13,1% nas mulheres e 9,2% nos homens e que na cidade de Maputo a prevalência era 16%, e que pouco mais de 20% dos seropositivos são mulheres. Face a esta situação de alta prevalência em mulheres surge-nos o desafio de estudar as perceções das mulheres infetadas pelo VIH/SIDA, sobre vulnerabilidades, violência de género na Cidade de Maputo.

Material e Métodos: Este é um estudo descritivo com abordagem qualitativa e as participantes foram selecionadas por conveniência em duas associações de mulheres vivendo com VIH/SIDA. O instrumento de recolha de dados era constituído por dois conjuntos de questões. O primeiro era um questionário sociodemográfico para a recolha de elementos para caracterização sociodemográfica. O segundo conjunto era de questões abertas do guião de entrevista semiestruturado e incluía perguntas que permitiram recolher elementos para a descrição e análise das perceções e experiência vivenciadas com a infeção. A análise de conteúdo foi a técnica aplicada para tratar os dados. Obtivemos aprovação prévia do CIBS FM&HCM. O trabalho de campo decorreu entre os meses de Abril e julho de 2016.

Resultados: Os resultados foram obtidos por meio da análise das falas das entrevistadas. Foram incluídas 42 mulheres que tinham acima de 35 anos (83.3%) e 28.6% mais de 50 anos. Iniciaram a atividade sexual aos 17 anos e 54% nunca estudou. Não utilizavam contraceptivos 54.8% e 38% usavam o preservativo e o mais usado/conhecido era o masculino (83.4%). Destacam-se alguns elementos que impulsionam vulnerabilidade individual como as práticas sexuais com múltiplos parceiros sexuais, relações sexuais desprotegidas, situações de violência e algumas práticas culturais como a *Kutchinga* e o tratamento por curandeiros. Contribuem para a vulnerabilidade social das mulheres desigualdades de género e violência e Estigma e discriminação. Dois aspetos foram identificadas na análise da vulnerabilidade programática nomeadamente Acesso e utilização de serviços de saúde e o papel das associações de PVVIH.

Conclusões: As mulheres de Maputo não realizam o teste do VIH como habito. Afirma-se que os homens são a fonte da infeção porque não realizam o teste e quando tem diagnostico positivo não comunicam as parceiras. Práticas culturais como casamentos prematuros, iniciação sexual precoce, os ritos de passagem, práticas sexuais (sem proteção) ligadas à "atos de purificação de viúvas" como o *kutchinga* e cortar a pele durante o tratamento médico tradicional, aumentam a vulnerabilidade da mulher. As normas de género promovem relações múltiplas. O estigma e a discriminação contribuem para o silêncio e omissão do estado serológico. As associações de MVHS dão apoio e cuidados as mulheres vivendo com o VIH/SIDA.

Palavras-chave: VIH/SIDA, mulheres, vulnerabilidade, perceções e saúde.

Abstract

Introduction: About 36.7 million people were living with VIH worldwide, and southern Africa had the most serious epidemic, with 19 million infected, accounting for 51% of global prevalence (Global AIDS Report, 2016). Women account for 52% of all PLWHA in low-income countries and men, 48%. INSIDA (2009) indicated that in Mozambique the prevalence of VIH infection in the adult population aged 15-49 was 11.5%, being 13.1% in women and 9.2% in men and that in the city of Maputo the prevalence was 16%, and that slightly more than 20% of VIH-positive women. Faced with this situation of high prevalence in women, we are faced with the challenge of studying the perceptions of women infected by VIH / AIDS, vulnerabilities and gender violence in Maputo City.

Material and Methods: This is a descriptive study with a qualitative approach and the participants were selected for convenience in two associations of women living with VIH / AIDS. The data collection instrument consisted of two sets of issues. The first was a sociodemographic questionnaire for the collection of elements for sociodemographic characterization. The second set was open questions from the semistructured interview script and included questions that allowed to gather elements for the description and analysis of the perceptions and experience lived with the infection. Content analysis was the technique applied to treat the data. We obtained prior approval from CIBS FM & HCM. Fieldwork took place between April and July 2016.

Results: The results were obtained through the analysis of the interviewees' statements. We included 42 women who were over 35 years old (83.3%) and 28.6% over 50 years old. They started sexual activity at age 17 and 54% never studied. They did not use contraceptives 54.8% and 38% used the condom and the most used / known was the male (83.4%). Some elements that promote individual vulnerability such as sexual practices with multiple sexual partners, unprotected sex, situations of violence and some cultural practices such as Kutchinga and treatment by healers are highlighted. Contribute to the social vulnerability of women gender inequalities and violence and Stigma and discrimination. Two aspects were identified in the programmatic vulnerability analysis namely Access and use of health services and the role of PLWHA associations.

Conclusions: Women in Maputo do not perform the VIH test as a habit. It is stated that men are the source of the infection because they do not perform the test and when they have positive diagnosis do not communicate the partners. Cultural practices such as premarital marriages, early sexual initiation, rites of passage, sexual practices (unprotected) linked to "widows' purification acts" such as Kutchinga and cutting the skin during traditional medical treatment, increase the vulnerability of women. Gender norms promote multiple relationships Stigma and discrimination contribute to the silence and omission of VIH status.

Key words: VIH / AIDS, women, vulnerability, perceptions and health.

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

SIGLAS	DESCRIÇÃO
AIS	Aids Indicator Survey
ATSC	Aconselhamento e Testagem em Saúde na Comunidade
CAP	Conhecimento, Atitudes e Práticas
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CIBS FM&HCM	Comité Interinstitucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina
HCM	Hospital Central de Maputo
CNAM	Conselho Nacional para o Avanço da Mulher
CNBS	Comité Nacional de Bioética para a Saúde
CNCS	Conselho Nacional de Combate ao VIH/SIDA
CPLP	Comunidade dos Países de Língua Oficial Portuguesa
CPN	Consulta pré-natal
DBS	<i>Dried Blood Samples</i>
DHSS	Pesquisa Demográfica e de Saúde
DIU	Dispositivo intra-uterino
DNSP	Direção Nacional de Saúde Pública
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
DREAM	Drug Resource Enhancement Against AIDS and Malnutrition
DSMC	Departamento de Saúde da Mulher e Criança
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EAP	Estratégia de Aceleração da Prevenção pela infeção do VIH
ED&N	Estigma, Discriminação e Negação
ESMI	Estratégia de Saúde Materno-Infantil
EUA	Estados Unidos da América
FNUAP	Fundo das Nações Unidas para Apoio à População
GOAM	Grupo Operativo para o Avanço da Mulher

GRP	Grupo de Referência de Prevenção
GAAC	Grupos de Apoio a Adesão Comunitária
HC	Hospital Central
HD	Hospital Distrital
HG	Hospital Geral
HP	Hospitais Provinciais
HR	Hospital Rural
HSRC	Human Sciences Research Council
ICAP	International Center Aids Program
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde
IFC	International Finance Corporation
IMASIDA	Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e VIH/SIDA em Moçambique
INE	Instituto Nacional de Estatística
INS	Instituto Nacional de Saúde
INSIDA	Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o VIH/SIDA
ITS's	Infeção de Transmissão Sexual
JHPIEGO	Johns Hopkins University
LTC	Lost to care
MISAU	Ministério de Saúde
MOT	Relatório sobre os Modos de Transmissão
MMCAS	Ministério da Mulher e Coordenação da Ação Social
NCMS	China's New Cooperative Medical Scheme
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSC	Organizações da Sociedade Civil
OCB's	Organizações Comunitárias de Base
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH/SIDA
PARPA	Plano de Ação para a Redução da Pobreza Absoluta

PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
PF	Planeamento familiar
PNPF	Programa Nacional de Planeamento Familiar (PNPF)
PNUD	Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas
PQG	Plano Quinquenal do Governo
PTV	Prevenção da transmissão vertical
PVVIH	Pessoa que Vive com VIH
PEN	Plano Estratégico Nacional de Resposta ao VIH/SIDA
PNC- ITS/VIH/SIDA	Programa Nacional de Combate a ITS's/VIH/SIDA
RGPH	Recenseamento Geral da População e Habitação
RVE	Ronda de Vigilância Epidemiológica de VIH
SAAJ	Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SMI	Saúde Materno-Infantil
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
TARV	Tratamento Antirretroviral
TVM	Televisão de Moçambique
UEM	Universidade Eduardo Mondlane
UNODC	Organização das Nações Unidas contra Drogas e Crime
US	Unidade sanitária
VBG	Violência baseada no género
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
WPP	Perspetiva Mundial da População (WPP)
WHO	Organização Mundial da Saúde

ÍNDICE

Agradecimentos	i
Resumo	iii
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos	v
ÍNDICE	viii
INTRODUÇÃO	1
CAPITULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
1.1. A SITUAÇÃO DO VIH/SIDA	5
1.1.1. Situação do VIH/SIDA na África Subsaariana e CPLP	5
1.1.2. Situação do VIH/SIDA em Moçambique	7
1.1.2.1. Estudo exploratório do perfil sociodemográfico das mulheres infetadas e não infetadas pelo VIH/SIDA selecionadas do INSIDA (2009)	8
a) Justificação, perguntas de pesquisa e objetivos	8
b) Material e Métodos	10
c) Resultados do estudo exploratório	12
Perfil sociodemográfico e de Saúde Sexual e reprodutiva (Parte 1)	12
Utilização dos serviços de saúde reprodutiva (Parte 2)	16
Comparar os conhecimentos atitudes e práticas relativas ao VIH e relacioná-las com situações de estigma e discriminação (Parte 3)	16
Identificar a associação entre os consumos de álcool, uso de substâncias psicoativas e estar infetada ou não infetada pelo VIH (Parte 4)	18
1.1.3. Resposta Nacional ao VIH/SIDA	19
1.1.4. Saúde Sexual e Reprodutiva	20
1.1.5. Conhecimentos, atitudes e práticas sobre a sexualidade: VIH/SIDA e outras ITS's	23
1.1.6. O consumo de álcool e outras substâncias psicoativas pelas mulheres	26
1.2. Vulnerabilidade à infeção pelo VIH/SIDA	27
1.2.1. O Conceito e as formas da vulnerabilidade	27
1.2.2. Vulnerabilidade Individual	28
1.2.3. Vulnerabilidade Social	30
1.2.3.1. O conceito de género	31
1.2.3.2. Desigualdades de género no contexto a infeção pelo VIH/SIDA	31

1.2.3.3. Violência de género, estigma e a discriminação	34
1.2.3.4. Medidas de promoção da igualdade de género em Moçambique	40
1.2.4. Vulnerabilidade Programática	50
CAPITULO II: PERGUNTAS E OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO	52
2.1. Perguntas de pesquisa	52
2.2. Objetivos	52
CAPITULO III: MATERIAL E MÉTODOS	54
3.1. O desenho do estudo	54
3.2. O recrutamento das participantes	54
3.3. A seleção das associações	55
3.4. A recolha de dados	56
3.5. Os procedimentos de recolha de dados	57
3.6. A análise de dados	58
3.7. As considerações éticas	59
CAPITULO IV: RESULTADOS	61
Perfil sociodemográfico das mulheres entrevistadas	61
Vulnerabilidade Individual	64
Vulnerabilidade Social	78
Vulnerabilidade Programática	92
CAPITULO V: DISCUSSÃO	102
Perfil sociodemográfico das mulheres entrevistadas	102
Vulnerabilidade Individual	103
Vulnerabilidade Social	116
Vulnerabilidade Programática	122
CAPITULO VI: CONCLUSÕES	133
CAPITULO VII: RECOMENDAÇÕES	141
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	145
ANEXOS	158

INTRODUÇÃO

Moçambique situa-se na costa oriental de África. Possui uma área de 799.380 Km² e faz fronteira com a Tanzânia, Malawi, Zâmbia, Zimbabwe, África do Sul e Swazilândia e está dividida em onze províncias. A população moçambicana de acordo o RGPH (2007) é de cerca de 23.406.38 habitantes, da qual, quase metade (46,9%) situa-se na faixa etária entre 0 e 14 anos. A idade média é 17,5 anos. A taxa de crescimento populacional é de 1,79% ao ano. Vinte e nove por cento de moçambicanos vivem em ambientes urbanos, os restantes 70,2% em zonas rurais. Quase dois terços da população vive nas zonas costeiras (120 pessoas/km² em comparação com uma média nacional de 25 pessoas por km²). O país é caracterizado pela diversidade étnica e com cerca de 16 línguas, destacando-se entre elas o Português (oficial), Emakua, Xichangana, Elomwe, Chisena, Chindau, Echwabo.

A cidade de Maputo é a capital e a principal cidade moçambicana. Localiza-se na região sul de Moçambique, na zona ocidental da Baía de Maputo. A Norte é limitada pelo distrito de Marracuene; a Noroeste e Oeste, o Município da Matola; a Oeste, o distrito de Boane e, a Sul, o distrito de Matutuíne. Desde 1987, foi separada da Matola, capital provincial de Maputo, tem estatuto especial de entidade municipal e tem um governo provincial. A Cidade tem uma área de 347,69 km² e uma população de 1.094.315 habitantes, de acordo com o último RGPH (2007), fato que representa um aumento de 13,2% em 10 anos (Conselho Municipal de Maputo, 2013).

A Cidade de Maputo está dividida em sete distritos municipais, que se encontram, por sua vez, divididos em bairros. Abaixo dos níveis municipais, central e distrital, ainda administrativamente, cada bairro tem um Secretário de Bairro e um assistente (Secretário Adjunto) e uma pessoa em funções de apoio. Cada bairro é ainda dividido em quarteirões de 50 a 100 agregados familiares. Ao nível dos bairros, os recursos disponíveis para intervenções de desenvolvimento são muito limitados, e a função principal das instituições comunitárias parece ser a mobilização popular [1, 2].

De acordo com o relatório, *Global AIDS Report (2016)*, cerca de 36.7 milhões de pessoas viviam com o VIH no mundo e a África Subsaariana tem a epidemia mais grave, com destaque para a África Austral, região a que Moçambique pertence, continua

a ser a região do mundo mais afetada pela epidemia do VIH, estimando-se em 19 milhões de pessoas as que viviam com a infeção pelo VIH na região, o que representava 51% da prevalência mundial.

As mulheres correspondem a 52% de todas as pessoas vivendo com a infeção VIH/SIDA em países de baixa renda e os homens, 48%. Na África Subsaariana, o centro da epidemia global, as mulheres representam aproximadamente 57% de todas as pessoas adultas vivendo com VIH (ONUSIDA, 2013). As mulheres representam o grupo que mais se infeta pela epidemia, desde o relatório mundial lançado em 2004 (ONUSIDA, 2004).

Este trabalho foi desenvolvido com base no INSIDA (2009), que indicava na altura que em Moçambique cerca de 1,6 milhões de pessoas que viviam com VIH/SIDA e que a prevalência da infeção pelo VIH na população adulta entre os 15-49 anos de idade era de 11,5%, sendo de 13,1% nas mulheres e 9,2% nos homens. Ainda de acordo com o mesmo relatório, a Cidade de Maputo tem uma das maiores prevalências da infeção pelo VIH/SIDA, situando nos 16%, e pouco mais de 20% dos seropositivos são mulheres. A transmissão heterossexual do VIH continua responsável pela maioria de novas infeções pelo VIH nos adultos e o risco de infeção por VIH é superior entre os residentes das áreas urbanas (15,9%) comparativamente aos residentes de áreas rurais. O controle da epidemia em Moçambique, tal como sucede na África Subsaariana enfrenta barreiras como fatores sociais e culturais, o estigma e a discriminação relacionados com o VIH, a falta de escolaridade e a pobreza [3-5]. Porém, o IDS (2003 e 2011) e INSIDA (2009), mostraram que grande proporção de indivíduos já ouviram falar sobre o VIH/SIDA. A resposta nacional tem sido através da implementação de planos estratégicos de combate ao VIH/SIDA estando atualmente em vigor o PEN IV 2015-2019 [6, 7].

Dados recentes, do IMASIDA (2015), atualizaram a prevalência nacional da infeção pelo VIH/SIDA em 13,2% na população com idades entre a 15-49 anos e mais uma vez a prevalência de VIH estimada é maior nas mulheres (15,4%) em comparação com os homens (10,1%). Em ambos sexos, a prevalência é maior na área urbana (20,5% para as mulheres e 12,3% para os homens) do que na área rural (12,6% para as mulheres e 8,6% para os homens).

A nível mundial, a proporção de adultos vivendo com o VIH/SIDA que adquiriram o VIH devido a consumo de substâncias psicoativas injetáveis estima-se ser de 5%, embora este valor varie muito de acordo com a região [8, 9]. O consumo mundial de álcool, tabaco e outras substâncias está a aumentar rapidamente e a contribuir de maneira significativa para a carga das doenças em todo o mundo [10, 11]. Neste conjunto de fatores incluem-se ainda a vulnerabilidade da mulher a infeção pelo VIH/SIDA. Este estudo procura compreender de que forma as vulnerabilidades individual, social e programática contribuem para a infeção pelo VIH nas mulheres [12]. Destacamos ainda o estigma e a discriminação contra as mulheres vivendo com o VIH/SIDA como desafios na prevenção e controle da epidemia. O INSIDA (2009), diz que 18% dos adultos entrevistados manifestaram atitudes de aceitação em relação a pessoas seropositivas. As PVVIH enfrentam discriminação, e às vezes abandono, o que leva a não revelação do diagnóstico e negação da procura de cuidados de saúde. Os adultos residentes em zonas rurais e com baixo nível de escolaridade ou sem escolaridade tendem a expressar mais atitudes negativas que outros segmentos da população.

Este estudo aborda a Saúde Sexual enquanto integração somática, emocional, intelectual e aspetos sociais do bem-estar sexual, de forma que estes sejam positivamente enriquecedores e realçam a personalidade, comunicação e amor e inclui três elementos básicos: a capacidade de desfrutar e controlar o comportamento sexual e reprodutivo de acordo com a ética social e pessoal. Por outro lado, a saúde reprodutiva enquanto um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspetos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos [13-15].

Face a esta situação de alta prevalência com maior peso sobre as mulheres surge-nos o desafio de desenvolver um estudo com o objetivo de captar as experiências das mulheres relativamente à sua condição de infetadas [16-18] e foram objetivos específicos do mesmo identificar as perceções sobre vulnerabilidades das mulheres infetadas pelo VIH/SIDA; analisar as experiências de situações de estigma, discriminação e violência no seu quotidiano; descrever o seu acesso e a utilização dos serviços de saúde e identificar as estratégias de enfrentamento empreendidas pelas

mulheres e o papel das entidades de suporte no contexto da infeção pelo VIH/SIDA [19].

Vale destacar que as mulheres são a maioria na população moçambicana (52%), mas são maioritariamente dependentes em termos socioeconómicos, privadas de direitos preconizados internacionalmente como igualdade de oportunidades de trabalho, igualdade de género e de direitos humanos. As mulheres contribuem para maiores níveis de analfabetismo (50,4%) e muitas apresentam, por todos esses fatores, maior vulnerabilidade ao VIH/SIDA. A educação constitui um dos fatores essenciais para a promoção do desenvolvimento humano, pois é uma ferramenta chave para homens e mulheres, isto é, cidadãos dotados de conhecimentos, atitudes, habilidades e valores, com capacidade de usar a autonomia para fazer escolhas conscientes que lhes permitam melhorar as condições de vida e participar ativamente na sociedade. É também relevante dizer que a complexidade cultural em Moçambique exige medidas igualmente complexas para o desenho de intervenções que respeitem e levem em consideração as diferenças entre as regiões e o manancial de línguas distintas que são faladas em todo o país. Na região norte, onde mais se pratica a religião muçulmana, encoraja-se a poligamia e é bastante comum a existência de ritos de iniciação, nos quais uma importante etapa envolve ensinamentos sobre sexualidade .

Este trabalho está organizado em 5 (cinco) capítulos a saber: No capítulo I procede-se à caracterização da situação do VIH/SIDA no mundo, na África Subsaariana, na Comunidade dos Países de Língua Oficial Portuguesa e em Moçambique. O enquadramento teórico aborda ainda os conceitos fundamentais como a saúde sexual e reprodutiva, vulnerabilidade e representações sociais. O capítulo II inicia com a lista das perguntas de pesquisa e a descrição dos objetivos do estudo e em seguida descreve-se o estudo realizado, o método empregue incluindo a descrição da população e da amostra, os instrumentos e procedimentos utilizados na análise categórica e as considerações éticas inerentes ao estudo. No capítulo III apresentam-se e analisam-se os resultados obtidos. No capítulo IV apresenta-se a discussão dos resultados. Por fim, no capítulo V enumera-se as conclusões do trabalho e a sua contribuição para o conhecimento.

CAPITULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. A SITUAÇÃO DO VIH/SIDA

1.1.1. Situação do VIH/SIDA na África Subsaariana e CPLP

De acordo com o *Global AIDS Report (2016)*, a África Subsaariana tem a epidemia mais grave de VIH/SIDA no mundo. Em 2016, cerca de 36.7 milhões de pessoas viviam com o VIH. No Mundo dez países, principalmente no sul e leste da África, eram os mais afetados: África do Sul (25%), Nigéria (13%), Moçambique (6%), Uganda (6%), Tanzânia (6%), Zâmbia (4%), Zimbabwe (6%), Quênia (6%), Malawi (4%) e Etiópia (3%) e representavam quase 80% de todas as pessoas vivendo com VIH em todo mundo. No mesmo ano, foram estimadas 1,5 milhões de novas infeções por VIH e 1,1 milhões de mortes relacionadas com a SIDA [3]

A prevalência do VIH para a região é de 4,7%, mas varia muito entre as diferentes regiões da África subsaariana. Por exemplo, a África Austral é a região mais afetada e é considerada o epicentro da epidemia global de VIH. A Suazilândia tem a maior prevalência de VIH de qualquer país em todo o mundo (27,4%) e a África do Sul tem o maior crescimento da epidemia de qualquer país 5,9 milhões de pessoas vivem com o VIH. Em comparação, a prevalência do VIH na África Ocidental e Oriental é baixa a moderada, variando de 0,5% no Senegal a 6% no Quênia [3].

Embora a grande maioria das novas infeções pelo VIH na África Subsaariana ocorram em adultos com mais de 25 anos, as mulheres são desproporcionalmente mais afetadas pelo VIH, sobretudo as mais jovens [3, 20-22]. Calcula-se que 1,4 milhões de pessoas vivem com VIH, em Moçambique, das quais 200.000 são crianças abaixo dos 15 anos. É uma epidemia de carácter fortemente feminino, sendo que cerca de 68% de PVVIH são mulheres. O grupo demográfico com prevalência mais elevada (16,8%) é o das mulheres com idades compreendidas entre os 25 e os 29 anos. Entre os jovens de 15 a 24 anos de idade a prevalência é maior entre as mulheres (11,1%) do que nos homens (3,7%) [3].

Uma revisão de 45 estudos na África subsaariana concluiu que as relações entre mulheres jovens e homens mais velhos são comuns e associadas a comportamentos sexuais inseguros e baixo uso de preservativos, o que aumenta o risco de infecção pelo VIH [23].

No que diz respeito às barreiras ao controle da epidemia, destacamos fatores sociais e culturais, o estigma e a discriminação relacionados com o VIH continuam a ser uma barreira importante para enfrentar a epidemia na África subsaariana. As crenças culturais sobre o VIH/SIDA em torno da contaminação, têm desempenhado um papel crucial no desenvolvimento da discriminação relacionada com o VIH. Dados do IMASIDA (2015) mostram que a prevalência do VIH/SIDA aumentou, e consequentemente aumentou a demanda de doentes pelos serviços de saúde. Relativamente a barreiras legais relata-se que em muitos países, existem leis que criminalizam as pessoas que expõem outras pessoas ao VIH ou transmitem o vírus através de relações sexuais. Os defensores da criminalização frequentemente afirmam que estão promovendo a saúde pública ou justificando essas leis por motivos morais. No entanto, essas leis não reconhecem o papel da TARV na redução do risco de transmissão e na melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com VIH. As leis que permitem a criminalização da infecção não reduzem a epidemia, pelo contrário, pois aumentam a estigmatização, a discriminação e a exclusão social das PVVIH [24].

Segundo estimativas apresentadas pela ONUSIDA (2015) terão ocorrido 2,1 milhões de novos casos da infecção pelo VIH a nível mundial. Desses, mais de 75% ocorreram em apenas 15 países: um deles é Moçambique, neste momento são cerca de 1,6 milhões de pessoas a viver com VIH/SIDA.

Apesar de, tanto na africa subsaariana como no país, o número de novas infeções ter aumentado entre 2005 e 2013, em ambos os casos a prevalência baixou. Uma tendência que é replicada em alguns dos PALOP. Entre 2001 e 2012, Cabo Verde, manteve-se como o país lusófono africano com menor taxa de prevalência (5%). São Tomé e Príncipe aparece logo a seguir com cerca de 1000 casos em 2012, contudo também regista-se uma diminuição da prevalência que passou de 1,4% para 0,6%. Em Angola houve um aumento de 1,9% para 2,4%. Guiné-Bissau uma diminuição de 4% para 3,7%. Mas é em Moçambique que os números são mais preocupantes: mais de 11

peças em cada 100 tem a infeção pelo VIH, ou seja, são mais de um milhão e seiscentas mil peças a viverem com o vírus [3, 4].

1.1.2. Situação do VIH/SIDA em Moçambique

O INSIDA (2009) indica que a prevalência da infeção pelo VIH na população adulta entre os 15-49 anos de idade era de 11,5% e a transmissão heterossexual do VIH continua responsável pela maioria de novas infeções pelo VIH nos adultos. A prevalência entre mulheres é superior a dos homens (13,1% e 9,2%, respetivamente) e o risco de infeção por VIH é superior entre os residentes das áreas urbanas (15,9%) comparativamente aos residentes de áreas rurais. Há diferenças na epidemia entre as três regiões. A prevalência estabilizou-se num nível mais baixo na região Norte, incluindo a província de Inhambane, tendeu à estabilização e redução no Centro do país e aumentou na região Sul e na província de Zambézia. A Província de Gaza mostrou a prevalência mais alta entre adultos de 15-49 anos, com 25,1%. Niassa mostrou a prevalência mais baixa entre adultos 3,7% (9,2%) [5].

De acordo com CNCS (2009), a prevalência do VIH nas utentes da CPN, entre os 15 - 24 anos de idade atingiu 15,6% em 2004, depois de se ter registado entre 12,2% no ano 2000 e 13,1% em 2002. Dados da RVE (2007), revelam um decréscimo para 11,3%. Em termos anuais, estimou-se para 2009 cerca de 129.018 novas infeções, a região Norte com cerca de 21.122 novas infeções de ambos sexos, Centro com 66.891 e Sul com 41.005. A distribuição dessas novas infeções diárias por região é a seguinte: 55 no Norte, 180 no Centro e 120 no Sul. Quanto às crianças, a região Norte deve ter registado cerca de 20 crianças, Centro 50 e Sul 15 crianças [25].

O relatório do INSIDA (2009), refere ainda que a sero prevalência na Cidade de Maputo é de 16% e que pouco mais de 20% dos seropositivos são mulheres e cerca de 12% são homens. Relativamente à faixa etária entre os 15 a 24 anos, estima-se que 9% dos PVVIH são mulheres, contra 4% de homens. Dados relativos ao país, indicam igualmente que maior parte dos PVVIH registam-se nas zonas urbanas, entre as pessoas social e economicamente mais estáveis e com alto nível de escolaridade. Sendo assim, estes aspetos tocam diretamente a Cidade de Maputo.

Entretanto a situação esta ligeiramente alterada como indica o IMASIDA (2015), que reportou que a prevalência na população entre os 15-49 anos situa-se atualmente em 13,2%. A prevalência continua elevada entre as mulheres (15,4%) em comparação com os homens (10,1%). A prevalência é maior na área urbana (20,5% para as mulheres e 12,3% para os homens) do que na área rural (12,6% para as mulheres e 8,6% para os homens). Em relação as províncias, verifica-se uma grande variabilidade na prevalência de VIH para homens e mulheres, tendo a província de Tete (5,2%) registado a menor prevalência e a de Gaza (24,4%) a maior. Em todas as províncias, com exceção de Nampula, a prevalência é maior nas mulheres quando comparado aos homens, e as diferenças mais acentuadas verificam-se nas províncias de Maputo, Gaza e Maputo Cidade (13,8%, 10,6% e 10,7%, respetivamente). Há uma ligeira diminuição na prevalência a medida que aumenta o nível de escolaridade nos homens. Por exemplo, 10,8% dos homens sem escolaridade e 9,2% dos homens com ensino secundário/superior são VIH positivo. Nas mulheres, há uma diferença de dois pontos percentuais por nível de escolaridade, sendo maior nas mulheres com nível primário (16,1%) e menor nas mulheres sem escolaridade (13,8%). Por sua vez, a prevalência de VIH aumenta em função do quintil de riqueza, sendo menor nos homens e mulheres do segundo quintil de riqueza (8,7%) e maior nos homens e mulheres do quarto quintil (18,3%). A prevalência de VIH nos homens e mulheres de 15-49 anos é alta nos divorciados, separados ou viúvos (28,6% e 27,8% respetivamente) e nos homens e mulheres empregados (11,5% e 17,5%, respetivamente).

1.1.2.1. Estudo exploratório do perfil sociodemográfico das mulheres infetadas e não infetadas pelo VIH/SIDA selecionadas do INSIDA (2009)

a) Justificação, perguntas de pesquisa e objetivos

Face a situação de alta prevalência com maior peso sobre as mulheres surgiu-nos a ideia de realizar um estudo exploratório ,observacional.

O estudo foi baseado no primeiro inquérito de base populacional, com uma abrangência nacional sobre o VIH/SIDA em Moçambique - Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o VIH/SIDA em Moçambique (INSIDA, 2009) que foi realizado pelo Instituto Nacional de Saúde (INS) - Ministério da Saúde (MISAU) de Moçambique. O inquérito foi desenhado com finalidade de obter dados a

nível nacional, provincial e por áreas de residência (urbana e rural) que permitissem avaliar os comportamentos e factores de risco para a infecção por VIH e determinar a prevalência de VIH na população moçambicana em geral [26, 27].

Todas as mulheres e homens de 15-64 anos de idade e os adolescentes de 12-14 anos que eram residentes permanentes ou visitantes que tivessem passado a noite anterior à entrevista nos agregados selecionados para o inquérito, eram elegíveis para a entrevista e a colheita de amostra de sangue para posterior testagem para VIH [26]. Foram abordados, no âmbito do inquérito, os agregados familiares e os seguintes grupos de indivíduos: jovens e adultos de 15-64 anos; adolescentes de 12-14 anos e encarregados de educação de crianças dos 0-11 anos. Foram incluídos indivíduos do sexo masculino e feminino. Por outro lado, o trabalho utilizou os resultados do Inquérito Demográfico e de Saúde IDS (2011), este inquérito também é de âmbito nacional, para realizar comparações de informação.

O INSIDA utilizou um questionário aplicado a cada indivíduo que participou do estudo, para a recolha de dados abrangendo os seguintes tópicos: características sociodemográficas dos inquiridos; fecundidade; casamento e atividade sexual; informação e comunicação; conhecimento e percepções sobre VIH e SIDA e aconselhamento e testagem em saúde (ATS); e outros problemas de saúde, ITS, consumo de drogas, malária, etc. Estes questionários basearam-se (i) nos questionários padrão do Inquérito de Indicadores de VIH e SIDA (Aids Indicator Survey – AIS), desenvolvidos pelo programa MEASURE-DHS; (ii) nos questionários desenvolvidos pelo “Nelson Mandela VIH/AIDS Behavioural Risk and Media Impact Survey”, conduzido pelo Human Sciences Research Council (HSRC) da África do Sul e; nos questionários do IDS de 2003 realizado em Moçambique [26].

O estudo exploratório visou responder as seguintes **perguntas**:

- 1) Há diferenças no perfil sociodemográfico e da saúde sexual e reprodutiva das mulheres (15-49 anos) Moçambicanas, infetadas e não infetadas pelo VIH e SIDA?
- 2) Há diferenças entre as mulheres Moçambicanas infetadas pelo VIH e não infetadas nas diferentes dimensões de acesso e utilização dos serviços de saúde sexual e Reprodutiva?

- 3) Como se caracterizam os dois grupos de mulheres nas diferentes dimensões de conhecimentos, atitudes e práticas sexuais e de risco para infecção por VIH e outras ITS?
- 4) Como se caracterizam os dois grupos de mulheres nas diferentes dimensões de conhecimentos, atitudes e práticas relativas ao consumo de álcool e uso de substâncias psicoativas?

O **objetivo geral** do estudo exploratório foi analisar o perfil sociodemográfico das mulheres (15-49 anos) Moçambicanas, infetadas e não infetadas por VIH. E os **objetivos específicos** foram:

- 1) Analisar o perfil sociodemográfico e os indicadores de saúde sexual e reprodutiva das mulheres em função de estarem infetadas ou não infetadas pelo VIH;
- 2) Descrever a utilização dos serviços de saúde reprodutiva pelas mulheres infetadas e não infetadas pelo VIH;
- 3) Comparar os conhecimentos atitudes e práticas relativas ao VIH das mulheres infetadas e não infetadas pelo VIH;
- 4) Identificar situações de estigma e discriminação entre as mulheres infetadas e não infetadas pelo VIH;
- 5) Identificar a associação entre os consumos de álcool, uso de substâncias psicoativas e estar infetada ou não infetada pelo VIH.

b) Material e Métodos

Os dados foram disponibilizados em bruto e em dois ficheiros separados, um com a componente da variável teste de VIH e outro com as demais variáveis que compunham os questionários do INSIDA. Começamos por sincronizar as duas bases de dados, de modo a que a variável teste do VIH fosse integrada na base de dados onde tínhamos todas as variáveis do inquérito. Depois foram excluídos os homens e finalmente selecionadas apenas as mulheres com idades entre os 15-49 anos porque é neste intervalo que se situam as mulheres em idade reprodutiva e em que observa-se a maior prevalência do VIH. Posteriormente selecionou-se as variáveis a estudar em concordância com os objetivos específicos previamente definidos. O processamento e

análise dos dados foi efetuado com recurso ao programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 21.

Os resultados da análise feita às variáveis quantitativas foram apresentados em tabelas de frequências (Anexo 1) e foram também apresentados os resultados das médias, desvios padrão, mediana, amplitude interquartilica e valor mínimo e máximo. Os achados da parte qualitativa do estudo foram sistematizados em categorias e subcategorias de diferentes dimensões identificadas e sistematizadas em tabelas seguidas da sua descrição. Para o cruzamento de 2 variáveis qualitativas (categóricas) foi usado o teste do Qui-quadrado ou em alternativa o teste exato de Fisher para as situações em que as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado não foram satisfeitas. Foi usado o Odds Ration (OR) e respetivo IC 95% para estimar a intensidade da associação entre as variáveis. As diferenças foram consideradas estatisticamente significativas para um valor de $p \leq 0.05$.

Com vista a observar as **Considerações éticas** inerentes a realização do estudo exploratório, obtivemos, do *MEASURE* mediante registo do tema a estudar no respetivo *site* na internet, conforme documento em anexo, a autorização para a utilização dos dados do INSIDA (2009). Este trabalho foi realizado depois do respetivo protocolo ter sido aprovado pelo Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina e Hospital Central de Maputo (CIBS FM/HCM), antecedida da revisão pelo conselho Cientifico da Faculdade de Medicina da UEM.

Os dados secundários são os dados recolhidos por uma parte não relacionada com o nosso estudo ou recolhidos para outra finalidade no passado. Estes podem estar disponíveis por escrito, dactilografado ou em formato eletrónico.

Porém, há que destacar **algumas limitações** ocorridas no uso de dados secundários neste trabalho. Desde logo o fato de algumas variáveis não se ajustarem aos propósitos deste trabalho, uma vez que foram definidas com outros objetivos que não se assemelham aos preconizados neste trabalho. Os dados colhidos pelo investigador (dados primários) são para responder a uma pergunta de pesquisa ou apenas cumprir certos objetivos. Nesse sentido, a base de dados utilizada fornecia uma grande quantidade de informações, mas que parte dela não se ajustou a alguns objetivos e

outros foram parcialmente respondidos. Houve a dado momento a inadequação devido aos dados colhidos há muitos anos e entretanto surgiram novos resultados em estudos semelhantes. Os dados secundários não são apropriados: 1) quando respondem parcialmente á pergunta de pesquisa, com a subsequente falta de validade; 2) o que nos orientou para encontrar uma técnica alternativa de colheita de dados, como foi o caso da opção pela realização de entrevistas [28].

A maior vantagem de usar dados secundários neste trabalho é de natureza económica, na medida em que não necessitamos dedicar recursos financeiros, tempo, energia e recursos ao processo de colheita de dados. Às vezes, o conjunto de dados secundários deve ser comprado, mas o custo é quase sempre menor do que a despesa de colher dados semelhante desde o início, o que geralmente implica considerar outros aspetos logísticos como salários, viagens e transporte, espaço de escritório, equipamentos e outros custos indiretos. Obtivemos a vantagem de poder explorar os dados com vista a direcionar a investigação para os nossos objetivos específicos dado que os dados estavam limpos e armazenados em formato eletrónico. Uma segunda grande vantagem obtida com os dados escolhidos foi a amplitude dos dados disponíveis. O governo realiza alguns estudos á escala nacional que os investigadores individuais teriam dificuldade em fazê-los. Muitos desses conjuntos de dados também são longitudinais, o que significa que os mesmos dados foram colhidos da mesma população em vários períodos de tempo diferentes. Isso permite que os investigadores, tal como o fizemos, analisem as tendências e mudanças de fenômenos ao longo do tempo. Uma terceira vantagem importante de usar dados secundários é que o processo de colheita de dados geralmente mantém um nível de especialização e profissionalismo (INSIDA, 2009 e IDS, 2011 realizado pelo Instituto Nacional de Estatística e Instituto Nacional de Saúde) que talvez não estejam presentes com investigadores individuais ou pequenos projetos de pesquisa [29-32].

c) Resultados do estudo exploratório

Perfil sociodemográfico e de Saúde Sexual e reprodutiva (Parte 1)

Nesta parte analisou-se o perfil sociodemográfico e os indicadores de saúde sexual e reprodutiva.

Com base nos critérios de seleção descritos em material e métodos, foi incluído um total de 5922 mulheres entre 15-49 anos. As características sociodemográficas estão sumarizadas nas Tabela 1a e 1b (Anexo 1). De notar que as características sociodemográficas são apresentadas tendo em conta o sero estado para o VIH.

Mulheres com diagnóstico do VIH positivo (n=747)

No que diz respeito a grupos etários, a maioria das mulheres infetadas pelo VIH (44.1%) tem idade compreendida entre os 20 e 29 anos. Os grupos etários com menores percentagens são os de 40-44 e 45-49 anos com 8,1 e 6,9%, respetivamente. Das mulheres infetadas, 19,7% são provenientes da província da Zambézia, 14,3 da província de Gaza, 11,2 de Sofala. Apenas 1,5% é que são provenientes da província de Niassa (Tabela 1).

Em relação ao local de residência, 56.5% das mulheres infetadas vive em zonas rurais. Mais do que a metade (61,4%) das mulheres infetadas pelo vírus VIH têm o nível primário e 0,3% o nível superior.

A religião que detém a maior percentagem das mulheres infetadas pelo vírus do VIH é a protestante (28,7%), seguida da católica (22,4%) e da Islâmica (15,2%). Somente 1,9% das mulheres infetadas são da religião animista.

Metade das mulheres infetadas vive maritalmente, 16,6% não vive com o seu parceiro, 14,6% são viúvas, 7,5% encontram-se casadas, 7% nunca se casou e 3,6% são divorciadas. Mais do que a metade (66,8%) das mulheres infetadas pelo vírus VIH encontra-se empregada.

Mulheres com diagnóstico do VIH negativo (n=5175)

Aproximadamente 20% das mulheres não infetadas pelo vírus VIH tem idade compreendida entre os 20-24 anos. Mais do que um terço das mulheres não infetadas são provenientes das províncias de Nampula e Zambézia. Pouco mais do que um quarto das mulheres não infetadas vive em zonas urbanas.

Mais do que a metade (54,5%) das mulheres não infectadas pelo vírus VIH tem o nível primário, 34,5% não possui nenhum nível de educação, 10,3% tem o nível secundário e somente 0,7% tem o nível superior.

Mais do que a metade das mulheres não infectadas pelo VIH vive maritalmente, 11,5% é casada, 11,1% nunca casou, 6,6% viúvas, 2% divorciadas e 7,4% não vive com o seu parceiro. Pode-se verificar que 70% das mulheres não infectadas pelo vírus VIH encontra-se empregada.

Tomando em consideração algumas variáveis socio demográficas, foram feitas comparações procurando eventuais associações dos mesmos com o sero *estado* das mulheres estudadas. Assim, os resultados obtidos das análises feitas são apresentados na Tabela 2. Verificamos que na análise dos resultados, para o fator de exposição “Residência” a probabilidade de ser VIH positivo foi de cerca de vezes maior nas mulheres que vivem nas regiões urbanas quando comparada com as mulheres que vivem nas regiões rurais (OR=1.9155; ICOR: 1.6377-2.2404; P=0.0001).

Quanto à escolaridade a probabilidade de infecção pelo VIH é cerca de 2 vezes maior nas mulheres com alguma escolaridade quando comparadas com as demais mulheres sem escolarização. Obtivemos um resultado semelhante no que concerne a avaliação das condições de vida das mulheres participantes no estudo na medida em que relativamente ao quintil de riqueza agrupamos todas as categorias que foram previstas no inquérito em apenas duas. Assim, ao compararmos as mulheres ricas com as pobres obtivemos que as mulheres ricas tem uma probabilidade de contrair a infecção pelo VIH 2, 61 vezes maior do que as mulheres pobres (OR=2.0328; ICOR=1.7054-2.4231; P=0.0001).

Em relação ao estado civil, a chance de se ser VIH positivo é menor em mulheres que estão casadas quando comparadas com as não casadas (OR=0.5207; ICOR=0.4447-0.6096; P=0.0001. Da mesma forma as mulheres que trabalham tem uma probabilidade menor de se infectar pelo VIH quando comparadas com as que não trabalham (OR=0,8214; ICOR=0.6797-0.9926; P=0.0466).

A Tabela 3 (Anexo 1) ilustra as razões que teriam levado as participantes a fazer o seu último teste de VIH. As comparações para cada razão entre as mulheres infetadas e não infetadas pelo VIH, mostram que não há nenhuma associação estatisticamente significativa a exceção da variável/razão do teste. A razão mais importante que levou as mulheres a procurarem realizar o teste para o VIH foi o fato estarem doentes. A probabilidade terem realizado o teste e de serem VIH positivo foi 3,3 vezes maior quando comparada com as restantes (OR=3.3106; ICOR=2.3507-4.6626; P=0.0001. Entretanto, a probabilidade de procura de testagem por estar grávida foi 0,6 menor com relação a fazer o teste sem estar grávida (OR=0.6184; 0.4456-0.8580; P=0.004).

A Tabela 4 (Anexo 1), que diz respeito as características de Saúde Sexual e reprodutiva das mulheres que participaram no estudo, os resultados para o fator de exposição “uso de contraceptivos” indicam que a chance de ter usado algum método contraceptivo e ser VIH+ excede cerca de 1.5 vezes quando comparadas com as mulheres VIH- (OR=1.469; ICOR=1.238-1.742; P=0.00001). Para as mulheres que usaram preservativo na última relação observou-se que há um risco aumentado de contrair a infeção pelo VIH em cerca de 20 vezes para as que usaram quando comparadas com as mulheres que não usaram preservativo na última relação (OR=19,638; ICOR=15.4902-24.869; P=0.0001). Para a pergunta “Já ouviu falar do preservativo feminino” os resultados mostram que o risco de infeção pelo VIH entre as mulheres que responderam positivamente a pergunta é cerca de 2 vezes aumentado do que aquelas que responderam negativamente (OR=1.587; ICOR=1.359-1.854; P=0.0001).

Na Tabela 5 (Anexo 1), debruçamo-nos sobre a capacidade auto reportada de identificação de ITS. Assim, analisada a pergunta: “É capaz de descrever os sintomas de uma ITS numa mulher?” observou-se que entre as mulheres positivas apenas 17,5% responderam ser capazes de identificar sintomas de ITS numa mulher e 22,8% entre as mulheres positivas afirmaram ser capazes de identifica os sintomas de uma ITS no homem? Efetuámos uma comparação em função da exposição ao VIH e não obtivemos associação estatisticamente significativa.

Utilização dos serviços de saúde reprodutiva (Parte 2)

Esta parte, visava conhecer os padrões de utilização dos serviços de saúde pelas mulheres infetadas e não infetadas pelo VIH e os fatores associados. Em relação aos padrões de utilização foram analisadas variáveis como a realização do teste de VIH, o número de consultas pré-natais, de partos institucionais e de consultas de planeamento, a frequência de utilização dos serviços e os motivos de utilização.

A Tabela 6 (Anexo 1) apresenta os resultados relativos a avaliação da utilização de serviços de saúde e comparação com o sero estado das mulheres. O resultado para a pergunta “Nos últimos 12 meses fez alguma operação”, não mostra diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres VIH+ e VIH- (OR=0.8126; ORIC=0.2875-2.2965; P=0.8829).

No que diz respeito ao fator de exposição “Nos últimos 12 meses fez alguma transfusão de sangue?” denota-se que a chance entre os expostos é 1,27 vezes aumentada ($p<5\%$). Quanto ao fator de exposição “Nos últimos 12 meses foi hospitalizada por alguma doença?” as que responderam positivamente a questão tem 2,23 vezes de risco aumentado quando comparadas com as que não responderam positivamente ($p<5\%$). As que tomaram injeção para tratamento quando comparados com as que tomaram porque necessitavam de um tratamento médico/vacinação, tem um risco aumentado de 3,05 de infeção por VIH ($p<5\%$) Ainda neste fator de exposição “A última vez que tomou uma injeção feita por um agente qual foi o motivo?” a chance de se ter VIH+ é menor 2,3 em relação as mulheres que foram vacinadas em relação às que tomaram injeção por outro motivo não especificado.

Comparar os conhecimentos atitudes e práticas relativas ao VIH e relacioná-las com situações de estigma e discriminação (Parte 3)

Nesta parte, pretendia-se conhecer o que as mulheres sabem, pensam e a sua forma de atuar no que diz respeito as práticas sexuais. Os resultados mostram que há conhecimento sobre existência VIH e SIDA embora em relação a questões específicas constata-se haver poucos conhecimentos corretos.

Nas Tabelas 7a e 7b (Anexo 1) apresentam-se resultados relativos à comparação dos conhecimentos, atitudes e práticas em relação ao VIH e a provável relação com o

estigma e discriminação entre as mulheres. As respostas à pergunta “Quantas PVVIH pelo VIH e SIDA conhece?”, mostraram que a probabilidade de as mulheres VIH+ e que conheciam alguém infetado era elevada quando comparada com as mulheres VIH- 1-4 (OR=0,268); Entre 5-9 (OR=0,313) e mais de 10 (OR=0,895) e para todos os grupos o $P=0.0001$.

Foi também perguntado se “Algumas dessas pessoas falam abertamente sobre o seu estado de seropositividade”, o resultado foi que a chance dos que falam abertamente entre os expostos excedia em 2 vezes entre as mulheres VIH+ em relação as mulheres VIH- (OR=2,022; ICOR=1,5014-2,6951; $P=0.0001$). Estudamos a questão “Quantas pessoas morreram de sida conheceu” e o resultado foi que as mulheres VIH+ tem menor chance de não conhecer ninguém que tenha morrido de VIH e SIDA. Conhece 1-4 (OR=0,311); Conhece 5-9 (OR=0,420); Mais de 10 (OR=0,614) e o $P=0.0001$.

Foram colocadas às participantes um conjunto de questões sobre as quais deviam dizer se concordavam ou não. Sobre a pergunta “Há cura para o VIH e SIDA?”, encontramos que a chance de concordar e ser uma mulher VIH+ era cerca de 2,15 vezes maior comparativamente às mulheres VIH- (OR=2,1510; ICOR=1,7505-2,6431; $P=0,0001$). Para a pergunta “Acredita que o VIH causa SIDA?” o resultado mostrou igualmente uma chance de concordar e ser uma mulher VIH+ era 1,3 maior quando comparadas com as mulheres VIH- (OR=1.3086; OR=1.1088-1.5444; $P=0.0014$). Para a pergunta “Acha que o VIH e SIDA é castigo de Deus”, a probabilidade de concordar com essa opinião e ser mulher VIH+ era 1,3 vezes maior quando comparadas com as mulheres VIH- (OR=1.3152; ICOR=1.0667-1.6215; $P=0.0119$). Quanto à pergunta “Eu não teria medo de ter sexo protegido com um parceiro com VIH e SIDA” obtivemos que a probabilidade de resposta positiva entre as mulheres VIH+ excede em 1.39 vezes em comparação com as mulheres VIH-. Finalmente, o resultado encontrado em relação a pergunta “Não se deve formar ou promover alguém que tem VIH e SIDA”, foi similar aos resultados anteriores (OR=1.3929; ICOR=1.1691-1.6594; $P=0.0002$).

Na Tabela 8 (Anexo 1) apresentam-se os resultados dos conhecimentos sobre as formas de contágio do VIH, destacando-se o resultado relativo a opção de resposta “sexo oral” porque a chance entre as mulheres VIH+ excede 1,4 vezes em relação as mulheres VIH- (OR=1,4080; ICOR=1,1654-1.7012; $P=0,0004$). A probabilidade de as

mulheres VIH+ de selecionar a opção que indica o “sexo anal” como forma de contágio da infecção foi 1.36 vezes maior quando comparadas com as mulheres VIH- que escolheram esta opção (OR=1.3609; 1.1176-1.6576; P=0.0024). Finalmente, a probabilidade de as mulheres VIH+ selecionar a opção de resposta “Contacto com sangue infetado” foi maior 0.7 vezes quando comparadas com as mulheres VIH- (OR=0.7418; ICOR=0.5878-0.9363; P=0.0139).

A tabela 9 (Anexo 1) apresenta os resultados relativos à avaliação do acesso e exposição às fontes de informação e comunicação e mostraram que a fonte de informação através do qual acedem a informação sobre o VIH nos dois grupos é a rádio. Dezoito por cento veem televisão de vez em quando e veem todos os dias (19.9%) das mulheres VIH+ e 12.3% veem televisão de vez em quando e 13.5 veem televisão todos os dias. Contudo, 52,5% -VIH+ e 66,3% VIH- não tem acesso a estas fontes de informação. Quanto à imprensa escrita (revistas ou jornais), a maioria das mulheres [VIH+ (84.6%) e VIH- (89%)] não tiveram acesso a estes meios de comunicação. Noventa e sete por cento mulheres VIH positivo não tem acesso a internet e 96,8% das mulheres VIH- também não tem acesso a internet.

A Tabela 10 (Anexo 1) apresenta a distribuição das variáveis relativas ao estigma e discriminação. Os resultados revelaram-se estatisticamente significativo no que diz respeito à pergunta “O que lhe encorajaria a tomar o TARV” a opção de resposta “por garantir a confidencialidade do meu estado em relação ao VIH”, em que se observou que a probabilidade de uma mulher VIH positivo tomar TARV excede em 1,37 vezes se comparadas com as mulheres VIH- (OR=1,3743; 1,1206-1,6855; P=0,00263). A probabilidade de os que escolheram outra opção de resposta serem VIH+ aumentam 1,86 quando comparados com que são VIH- (OR=1,8652; 1,5798-2,2022; P=0,0001).

Identificar a associação entre os consumos de álcool, uso de substâncias psicoativas e estar infetada ou não infetada pelo VIH (Parte 4)

Nesta parte investigou-se a associação entre o uso de álcool e/ou substâncias psicoativas pelas mulheres e estar infetada ou não infetada pelo VIH. A Tabela 11 (Anexo 1) apresenta os resultados para a distribuição do consumo de álcool e uso de substâncias psicoativas. As mulheres VIH+ tinham maior chance de consumo de álcool

(OR=1,5642; 1,3317-1,8374; P=0.0001), mas quanto ao consumo de drogas injetáveis não se verificaram diferenças significativas (OR=1,7319; ICOR=0,1933-15,5166; P=0,8598).

1.1.3. Resposta Nacional ao VIH/SIDA

A resposta ao VIH em Moçambique iniciou-se com intervenções de prevenção que estavam direccionadas a pessoas que eram VIH negativas ou que não conheciam o seu estado serológico. Essas intervenções procuravam evitar que pessoas fossem infetadas e incentivar a realização do teste para o VIH. O conteúdo das intervenções de prevenção primária é geralmente informativo (por exemplo, como é transmitido o VIH e como pode ser reduzido o risco de transmissão), motivacional (por exemplo, porquê que é importante reduzir o risco do VIH), e baseado em competências (por exemplo, como negociar a redução de risco com um parceiro sexual). Contudo, apesar da enorme experiências que os intervenientes (MISAU e ONG's), adquiriram ao longo dos anos na implementação e expansão de serviços para VIH/SIDA, e no desenvolvimento de intervenções informativas e motivacionais, a experiência com intervenções baseadas em competências, bem como monitorização e avaliação das intervenções de mudança de comportamento é ainda limitada.

O Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS) coordenada a resposta nacional ao VIH, através da implementação da estratégia nacional de combate ao VIH/SIDA (Plano Estratégico Nacional de Combate às DTS/VIH/SIDA 2000-2002 (PEN I), Plano Estratégico Nacional de Combate às ITS, VIH/SIDA 2005-2009 (PEN II). O Diploma Ministerial nº 01/PLS/GM/2001, de 17 de Dezembro de 2001, que introduz o Tratamento Antirretroviral (TARV) e normaliza o atendimento de Pessoas Vivendo com VIH/SIDA (PVVIH) veio criar condições para que o TARV tivesse enquadramento legal dentro PEN ITS/VIH/SIDA - Sector Saúde 2004-2008 [6, 7].

A prioridade conferida à redução da pobreza levou ao desenvolvimento do PARPA - 2000 – 2004 e PARPA II - 2006 a 2009 (Planos de Ação para a Redução da Pobreza Absoluta). Encontravam-se também refletida no Plano Quinquenal do Governo para

2005-2009 e 2010-2014. Os PQG são os principais documentos do governo onde se encontram estabelecidas as prioridades para o combate ao VIH/SIDA. A par disto, as instituições da sociedade civil vem crescendo em número, tamanho e capacidades tendo-se tornado em importantes interlocutores do governo e da comunidade internacional, sobretudo no processo de implementação de atividades ao nível da comunidade [33, 34].

O Plano Estratégico Nacional III 2010-2014 (PEN III), teve como enfoque contribuir para a redução do número de novas infeções pelo VIH, a promoção da melhoria da qualidade de vida das PVVIH e a redução do impacto do SIDA nos esforços de desenvolvimento nacional [35]. Em 2008, o governo aprovou, a “Estratégia de Aceleração da Prevenção pela infeção do VIH” (EAP). A estratégia propõe uma abordagem baseada em evidências para a prevenção do VIH.

Atualmente o Plano Estratégico de Combate ao VIH/SIDA – 2015-2019 (PEN IV), leva em conta um aprendizado sobre as abordagens estratégicas de reconhecimento internacional pelas evidências que provam trazer à superfície, quer na área biomédica, quer na comportamental ou sócio comunitária. Este Plano Estratégico tem a responsabilidade de encontrar uma resposta acertada para reduzir a incidência da infeção com VIH na população jovem, particularmente em raparigas e mulheres jovens com idades entre os 14 aos 24 anos, o que implica reforçar a educação comunitária e familiar para prevenção desde os 10 anos, especialmente nas raparigas.

1.1.4. Saúde Sexual e Reprodutiva

A saúde Sexual é a integração somática, emocional, intelectual e aspetos sociais do bem-estar sexual, de forma que estes sejam positivamente enriquecedores e realçam a personalidade, comunicação e amor [36]. Fundamental para este conceito é os direitos à informação sexual e os direitos sobre o prazer. De acordo com Mace, Bannerman e Burton citados Giani (20002) o conceito de saúde sexual inclui três elementos básicos: a capacidade de desfrutar e controlar o comportamento sexual e reprodutivo de acordo com a ética social e pessoal; independência do medo, vergonha, culpa, crenças falsas e outros fatores psicológicos que inibem a resposta sexual e enfraquecem as relações sexuais; independência de desordens orgânicas, doenças e deficiências que interferem

nas funções sexuais e reprodutivas. Portanto, a noção de saúde sexual implica em uma abordagem positiva da sexualidade humana. E a abordagem da SSR no SNS o propósito dos cuidados com a saúde sexual deveria ser a intensificação da vida e dos relacionamentos pessoais, não meramente aconselhamento e cuidados relacionados à procriação ou doenças sexualmente transmissíveis [36-38].

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspetos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos [13-15]. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes devem fazê-lo. Está implícito nesta última condição o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso aos métodos eficientes, seguros, aceitáveis e financeiramente compatíveis de planeamento familiar, assim como a outros métodos de regulação da fecundidade a sua escolha e que não contrariem a lei, bem como o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres as condições de passar com segurança pela gestação e parto, proporcionando aos casais uma chance melhor de ter um filho sadio [14, 39, 40]. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo os problemas de saúde reprodutiva. Isto inclui igualmente a saúde sexual, cuja finalidade é a melhoria da qualidade de vida e das relações pessoais e não o mero aconselhamento e assistência relativos à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis [14, 15, 37, 40].

O conceito de saúde reprodutiva aponta para a existência de um conjunto mínimo de condições que garantam à mulher que o ato de reproduzir, ou a escolha por não reproduzir, não se constituam em risco de vida ou em dano à sua saúde.

De acordo com a definição de saúde, a *“Saúde Reprodutiva é o completo estado de bem-estar físico mental e social, e não a mera ausência de doenças ou enfermidades. A saúde reprodutiva implica em que as pessoas sejam capazes de uma vida sexual segura e satisfatória, que tenham a capacidade de reproduzir-se e a liberdade para decidir quando e com que frequência fazê-lo”* (FCI, 2005).

Está implícito o direito de *homens e mulheres* de serem informados e terem acesso a métodos anticoncepcionais seguros de sua escolha, acessíveis e aceitáveis, bem como outros métodos de sua escolha para a regulação da fertilidade, os quais não estejam contra as leis. Também inclui o direito de acesso a serviços de saúde apropriados que permitam às mulheres engravidar e ter filhos de maneira segura, e que proporcione aos casais a melhor chance de terem filhos saudáveis.

No contexto deste estudo, considera-se que a saúde sexual é a integração somática, emocional, intelectual e aspetos sociais do bem-estar sexual, de forma que estes sejam positivamente enriquecedores e realçam a personalidade, comunicação e amor. Fundamental para este conceito é os direitos à informação sexual e os direitos sobre o prazer. O conceito de saúde sexual inclui ainda três elementos básicos: a capacidade de desfrutar e controlar o comportamento sexual e reprodutivo de acordo com a ética social e pessoal; independência do medo, vergonha, culpa, crenças falsas e outros fatores psicológicos que inibem a resposta sexual e enfraquecem as relações sexuais; independência de desordens orgânicas, doenças e deficiências que interferem nas funções sexuais e reprodutivas. Portanto, a noção de saúde sexual implica em uma abordagem positiva da sexualidade humana, e o propósito dos cuidados com a saúde sexual deveria ser a intensificação da vida e dos relacionamentos pessoais, não meramente aconselhamento e cuidados relacionados à procriação ou doenças sexualmente transmissíveis [36-38].

Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de método, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo os problemas de saúde reprodutiva. Isto inclui igualmente a saúde sexual, cuja finalidade é a melhoria da qualidade de vida e das relações pessoais e não o mero aconselhamento e assistência relativos à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis [14, 15, 37, 40].

1.1.5. Conhecimentos, atitudes e práticas sobre a sexualidade: VIH/SIDA e outras ITS's

IDS (2003 e 2011) e INSIDA (2009), indicaram que em Moçambique uma grande proporção de indivíduos já ouviu falar sobre o VIH/SIDA, enquanto os conhecimentos sobre modos de transmissão do VIH e sobre formas específicas de prevenção tendem a ser mais baixos. Aqueles inquéritos mostram que a proporção de mulheres e homens de 15-49 anos que já ouviram falar de VIH/SIDA é bastante elevada, sendo 98% nas mulheres e 99% nos homens. Esta proporção é também bastante alta nas mulheres e nos homens de 50-64 anos (96% das mulheres e 99% dos homens). Em relação à variável província, a proporção varia entre 92% e 100% entre mulheres e de 94% e 100% entre homens de 15-49 anos. Entre mulheres e homens da mesma faixa etária que nunca tiveram relações sexuais as proporções são de 94% e 93%, respetivamente. Mostra ainda que 88% das raparigas e 86% dos rapazes de 12-14 anos já ouviram falar do VIH/SIDA. Esta proporção é alta mas inferior a dos adultos de 15-49 anos. A maior parte das raparigas das áreas urbanas (91%) ouviram falar do VIH/SIDA que nas áreas rurais (86%), e a mesma tendência se observa entre os rapazes (93% e 83%, prospectivamente). A proporção é igualmente mais elevada entre os adolescentes que frequentam a escola relativamente aos que não frequentam a escola (90% e 78% para as raparigas e 87% e 81% para os rapazes). A percentagem é relativamente mais reduzida entre as raparigas e os rapazes da Província de Inhambane (62% e 66%, prospectivamente) e entre raparigas e rapazes da Província de Manica (73% e 76%, prospectivamente). O conhecimento sobre os métodos de prevenção do VIH/SIDA é difundido entre os adultos de 15-49 anos de idade.

Saliente-se que mais recentemente o IMASIDA (2015) avaliou os conhecimentos, atitudes e práticas relativamente a infeção pelo VIH, colocando questões sobre o conhecimento dos modos de transmissão, métodos de prevenção e comportamentos que podem ajudar a prevenir a transmissão do VIH. O tipo de respostas às questões, indica a importância do conhecimento dos diferentes métodos de prevenção da transmissão do VIH, nomeadamente: (i) *uso correto e consistente do preservativo*, (ii) *abstinência sexual*, (iii) *início tardio da prática sexual entre os jovens* e (iv) *redução do número de parceiros sexuais*.

Assim, o inquérito mostrou que 54% das mulheres de 15-49 anos afirmaram saber que o uso consistente do preservativo pode prevenir a transmissão de VIH. Sessenta e cinco por cento das mulheres sabem que limitando as relações sexuais a um único parceiro não infetado e sem outros parceiros sexuais pode prevenir a transmissão de VIH. A proporção de mulheres que sabem que usando preservativo e limitando as relações sexuais a um único parceiro não infetado e sem outros parceiros sexuais pode contribuir para a prevenção do VIH é de 47%.

A percentagem de mulheres de 15-49 anos que conhece os dois métodos de prevenção de VIH (fidelidade mútua e uso do preservativo) varia segundo o estado civil e área de residência. As mulheres que nunca casaram e nunca tiveram relações sexuais apresentam um baixo nível de conhecimento em comparação às mulheres que nunca casaram mas já tiveram relações sexuais (33% contra 64%).

Relativamente aos aspetos do conhecimento abrangente sobre o VIH entre as mulheres de 15-49 anos incluíram os seguintes elementos: (i) saber que tanto o uso do preservativo como a limitação do número de parceiros sexuais a um parceiro não infetado e sem outros parceiros sexuais pode reduzir o risco de infeção; (ii) saber que uma pessoa aparentemente saudável pode estar infetada pelo VIH; e (iii) ter a capacidade de rejeitar duas concepções erradas mais comuns de que o VIH pode ser transmitido pela picada de mosquitos e que se pode contrair o VIH partilhando alimentos com uma PVVIH.

Entre as mulheres de 15-49 anos, o nível de conhecimento abrangente é de 30% entre as mulheres. As mulheres responderam a questões sobre o número de parceiros sexuais nos 12 meses anteriores à entrevista, o uso do preservativo na última relação sexual e o número de parceiros sexuais em toda a vida. Três por cento das mulheres de 15-49 anos afirmaram ter tido dois ou mais parceiros sexuais nos últimos 12 meses. Entre as mulheres que tiveram dois ou mais parceiros nos últimos 12 meses, sete em cada dez não usaram preservativo durante a última relação sexual (72%). A média de parceiros sexuais em toda a vida nas mulheres que alguma vez tiveram relações sexuais é de dois.

Desde o início da epidemia de VIH/SIDA mobilizou-se uma série de metáforas poderosas em torno da doença que servem para reforçar e legitimar a estigmatização.

Elas incluem a infecção por VIH/SIDA vista como morte (por exemplo, por meio de imagens como sinónimo de morte); VIH/SIDA como horror (fazendo com que as PVVIH sejam vistos como endiabrados e temidos); VIH/SIDA como punição (por exemplo, por comportamento imoral); VIH/SIDA como crime (por exemplo, em relação a vítimas inocentes e culpadas); VIH/SIDA como guerra (por exemplo, em relação a um vírus que precisa ser combatido); e, talvez mais do que tudo, VIH/SIDA como o Outro (no qual é vista como algo que aflige os que estão à parte), incluindo a crença disseminada de que a VIH/SIDA é algo vergonhoso. Tais metáforas e manobras linguísticas construíram uma série de explicações “prontas” (embora altamente inexatas) que fornecem bases poderosas para reações estigmatizantes e discriminatórias. [41-44].

Entretanto, o que é especialmente importante enfatizar, no presente contexto, é o fato de que o estigma relacionado ao VIH/SIDA raramente opera exclusivamente em relação ao VIH/SIDA. Pelo contrário, em praticamente todo país e cultura, a estigmatização, a discriminação e a negação operam, também, em relação a uma série de formas preexistentes e/ou independentes de estigmatização e exclusão, reforçando o seu impacto e os seus efeitos, e ligando os a reações novas e emergentes em resposta às condições específicas da infecção do VIH/SIDA. Para começar a entender as formas e contextos específicos nos quais a estigmatização e a discriminação ao VIH/SIDA funcionam, é sempre necessário, portanto, começar por desvendar a triste história da estigmatização e discriminação que existia anteriormente, e independentemente, à SIDA.

As normas, crenças, estilos de vida, atitudes e práticas relacionadas com percepções sobre saúde e doença, vida e morte influenciam a forma como as pessoas vivem e fazem as suas escolhas cotidianas. A gravidez, o parto, a maternidade e a sexualidade são influenciadas por tabus em relação ao sexo, pelas relações de género e por práticas culturais específicas tais como os ritos de iniciação, a circuncisão, a poligamia, a purificação da viúva dentre outras. A fraca compreensão e consideração destes fatores nos planos e programas de desenvolvimento têm limitado a eficácia das intervenções na área do VIH/SIDA. O crescimento das taxas de prevalência do VIH em Moçambique,

não obstante todos esforços que têm sido empreendidos na área da prevenção é um exemplo da limitada eficácia das intervenções na área de saúde [45-47].

1.1.6. O consumo de álcool e outras substâncias psicoativas pelas mulheres

A nível mundial, a percentagem de pessoas vivendo com o VIH/SIDA que também consomem substâncias psicoativas injetáveis é de 5% ou seja 2,1 milhão de pessoas em mais de 100 países[11]. A nível mundial, a proporção de adultos vivendo com o VIH/SIDA que adquiriram o VIH devido a consumo de substâncias psicoativas injetáveis estima-se ser de 5%, embora este valor varie muito de acordo com a região[10, 11]. Atinge 50-90% no leste da Europa, na Ásia Central e Oriental e em região este do Pacífico, e 25-50% na América do Norte e na Europa Ocidental. O consumo mundial de álcool, tabaco e outras substância regulamentada está a aumentar rapidamente e a contribuindo de maneira significativa para a carga das doenças em todo o mundo [48, 49].

O tratamento e prevenção do consumo de substâncias psicoativas injetáveis podem ajudar a prevenção da transmissão da infeção por VIH. A prevenção e o tratamento de casos de VIH/SIDA devem ser integrados no tratamento do fármaco - dependências. O consumo de tabaco está a atingir cada vez mais rapidamente países em desenvolvimento. Atualmente, 50% dos homens e 9% das mulheres em países em desenvolvimento fumam, em comparação com 35% dos homens e 22% das mulheres em países desenvolvidos. A China contribui de maneira importante para a epidemia em países em desenvolvimento. De fato, o consumo per capita de cigarros na Ásia e no Extremo Oriente é superior ao de outras partes do mundo, seguido de muito perto pelas Américas e pelos países do leste europeu [50, 51].

O consumo de álcool e tabaco são semelhantes em vários aspetos: ambos são substâncias legais, ambos estão largamente disponíveis na maior parte do mundo, e ambos são comercializados de maneira agressiva por companhias multinacionais cujas campanhas de publicidade e promoção têm por objetivo os jovens. Segundo *o Global report on alcohol (2013)*, o nível de consumo de álcool declinou nos últimos 20 anos em países desenvolvidos, mas está a aumentar em países em desenvolvimento, especialmente na Região do Pacífico Ocidental onde o consumo anual per capita entre

adultos varia entre 5 e 9 litros de álcool puro, e também em países da antiga União Soviética. As taxas de consumo de álcool em países asiáticos são, até um certo ponto, responsáveis pelo aumento da taxa em países em desenvolvimento. O nível de consumo de álcool nas Regiões da África, do Mediterrâneo Oriental e da Ásia do Sudeste é muito inferior. Segundo avaliações do UNODC, cerca de 200 milhões de pessoas consomem um ou outro tipo de substância ilícita mostra que a canábis é a substância ilícita [50, 51].

1.2. Vulnerabilidade à infecção pelo VIH/SIDA

1.2.1. O Conceito e as formas da vulnerabilidade

O conceito de "vulnerabilidade" é originário da área da advocacia internacional pelos Direitos Universais do Homem e designa, em sua origem, grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na proteção ou garantia de seus direitos de cidadania. Penetrou o campo da saúde há aproximadamente dez anos como um conceito chave nos estudos e intervenções frente à epidemia de VIH/SIDA. Sendo: *"a proposta da vulnerabilidade aplicável, rigorosamente, a qualquer dano ou condição de interesse para a saúde pública, pode ser resumido justamente como este movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspetos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade aos adoecimentos"*. [52].

Contrastando com o conceito de risco, a vulnerabilidade tem a premissa de buscar identificar a coparticipação, a síntese das variáveis que estejam envolvidas na suscetibilidade ao adoecer, sejam elas abstratas, subjetivas ou estruturais, ao contrário do isolamento das variáveis e a busca de uma relação causal bilateral [53].

A vulnerabilidade é a qualidade de vulnerável (que é suscetível de ser exposto a danos físicos ou morais devido à sua fragilidade). O conceito pode ser aplicado a uma pessoa ou a um grupo social conforme a sua capacidade de prevenir, de resistir e de contornar potenciais impactos. As pessoas vulneráveis são aquelas que, por diversas razões, não têm essa capacidade desenvolvida e que, por conseguinte, se encontram em situação de risco. Considera-se por exemplo que as crianças, as mulheres e os idosos são sujeitos em situação de vulnerabilidade. Um exemplo típico para explicar o conceito que a

sociedade tem relativamente à vulnerabilidade é o de um barco que esteja prestes a afundar e que os primeiros a ser resgatados são os grupos mencionados acima (crianças, mulheres e pessoas idosas). Crê-se que os homens têm maiores possibilidades de resistir e de ajudar os outros (mais frágeis) [54, 55].

No domínio da epidemia da SIDA, a noção de vulnerabilidade foi central para substituir a noção de *comportamento de risco* que imprime um carácter de responsabilidade eminentemente individual – fazendo a transposição para o campo individual entre as noções de vulnerabilidade social e vulnerabilidade individual tem duas consequências positivas: a primeira é a negação de uma tradição "psicologizante", individualista, culpabilizadora e a histórica, que renega qualquer reflexão sobre os contextos culturais, sociais e políticos "onde" e "como" as pessoas sofrem e adoecem. Tais considerações possibilitam a segunda consequência, ou seja, o estabelecimento de formas de "tratamento" ou ações de carácter terapêutico que ultrapassem e transcendam o que historicamente é entendido como "da saúde", de modo que as mudanças ou propostas das políticas sociais se orientem pela intersectorialidade e interdisciplinaridade [56, 57].

O modelo de vulnerabilidades aplicado neste estudo está conformado por três planos. Este é um olhar que busca a compreensão do comportamento pessoal ou a vulnerabilidade individual, do contexto social ou vulnerabilidade social e do programa de combate à infeção pelo VIH/SIDA, ou vulnerabilidade programática [12].

1.2.2. Vulnerabilidade Individual

Três pressupostos subjazem ao conceito de vulnerabilidade individual. Todos aqueles que não são portadores da infeção apresentam um grau potencial de vulnerabilidade a infeção VIH, o que poderá variar no decorrer do tempo em função dos valores pessoais e das formas de dispor ou não de medidas de proteção/prevenção. Os indivíduos seropositivos PVVIH por VIH são vulneráveis ao desenvolvimento da doença, invalidez ou à morte se não dispuserem de um serviço de saúde e apoio social direcionado à prestação de assistência qualificada[58-61].

As desigualdades nas relações de poder entre homem e mulher trazem importantes restrições às capacidades da mulher para resistir, desafiar as normas sociais e negociar o

sexo seguro ou a utilização de contraceção apesar de se verificar nos homens africanos múltiplos fatores de risco e baixas taxas de utilização de preservativo. Assim, um forte investimento no uso do preservativo feminino pode marcar uma diferença acentuada nas estratégias de prevenção uma vez que garante a independência da mulher face à proteção do homem. Whitehead e Dahlgren (2001) referem que características individuais como idade, sexo e fatores genéticos, exercem influência sobre o potencial e condições de saúde da mulher, no exterior estão os comportamentos e os estilos de vida individuais fortemente condicionados por determinantes sociais - como informações, propaganda, pressão dos pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer etc. [62, 63].

Em muitos países africanos, fatores culturais e étnicos, como crenças, tabus e mitos, colocam a mulher diretamente em risco, como por exemplo, para um homem infetado ter relações sexuais com uma rapariga virgem é garantia de cura da infeção por VIH/SIDA. Por outro lado, enquanto muitos homens têm relações sexuais com parceiras mais jovens como forma de evitar a infeção, a mulher jovem, contudo, está mais vulnerável a micro-lesões, e consequentemente mais sujeita à infeção pelo VIH/SIDA e outras ITS's [64].

Nos países em desenvolvimento, a epidemia acaba por reforçar um ciclo de exclusão e pobreza, tendo em conta que as mulheres assumem o cuidado dos PVVIH pelo VIH/SIDA, sem um sistema de entidades de apoio e suporte as PVVIH. Faltando os meios básicos de subsistência (o que é frequente no caso de morte do marido ou como resultado do seu estatuto de seropositividade), a maioria das mulheres e crianças, é compelida a adotar estratégias de sobrevivência que as colocam em maior risco de infeção pelo VIH, como a migração, a prostituição, o abandono escolar das crianças e sua exploração [65-67].

O atual cenário de seroprevalência em Moçambique bem como em África é o da feminização do VIH, que decorre tanto das desiguais relações de género, como também da vulnerabilidade que as mulheres têm quanto à infeção pelo VIH, social e biologicamente. Assim, refletir sobre o impacto do vírus do VIH nas mulheres há que ter em conta os fatores sociais (dependência económica, desigualdade de poder, fraca instrução, etc.) e biológicos (razões anatómicas) que agravam sua vulnerabilidade e,

consequentemente, o cenário feminino da infecção. Mesmo com as evidências acumuladas de que a transmissão do VIH é heterossexual, e esse tem sido sempre o padrão de transmissão em África. No cenário atual sabe-se que as mulheres mesmo em relacionamentos estáveis apresentam elevados índices de infecção. A feminização do VIH é um termo atualmente usado para exprimir o crescente índice de infecção e o impacto que a epidemia tem sobre as mulheres e esta estritamente relacionado a todas as formas de vulnerabilidade (individual, coletiva, programática, social e cultural) [68-71].

1.2.3. Vulnerabilidade Social

Ao nível macrossocial, a vulnerabilidade da mulher relaciona-se com diferenças em relação ao género nomeadamente, no acesso às oportunidades de educação, emprego, estrutura familiar, idade do casamento, religião, estatuto da mulher e estruturas da modernidade [67, 72, 73].

O processo de socialização dos comportamentos sexuais também pode resultar num fator de vulnerabilidade e consequente risco. De acordo com a OMS, é necessário ter em conta o valor que o facto de ser sexualmente ativo assume socialmente, as diferentes formas de conceptualizar a atividade sexual consoante o género, a pressão exercida pelos parceiros e as diferenças de poder nas relações heterossexuais [66].

A ideia da vulnerabilidade social tem sido eficaz para chamar a atenção sobre as condições estruturais que colocam as pessoas em risco, para além do seu comportamento individual, classe, etnia/raça, género e nacionalidade são sistemas de classificação social oriundos de estruturas de desigualdade social que também distribuem os riscos em saúde de maneira desigual. Alguns componentes importantes para avaliar condição de maior ou menor vulnerabilidade social de um indivíduo ou de coletivos são: acesso a meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas ou poder defender-se delas, etc. [45, 74-76].

1.2.3.1. O conceito de género

A sociedade concebe e concede papéis e responsabilidades, prevendo comportamentos e expectativas distintas para mulheres e homens, de forma generalizada na África subsaariana e em particular em Moçambique. Esta distinção de papéis tem implicações diretas em questões práticas, estruturais, culturais, tradicionais e consequentemente fomenta as desigualdades. Na medida em que, as mulheres não lhes é facultada a capacidade de participação e tomada de decisão no contexto familiar, tem menor acesso aos recursos económicos como a terra e serviços de saúde e não só. Os hábitos e os costumes exercem barreiras no exercício dos seus direitos [77].

O conceito, começou a ser usado para fugir ao determinismo biológico na distinção dos sexos feminino e masculino, bem como para reforçar o fato de que género não deve ser tomado como sinónimo de mulher, mas sim algo que determina e explica as relações entre mulheres e homens. As feministas começaram a utilizar o termo género mais seriamente, no sentido mais literal, como uma maneira de referir-se à organização social entre os sexos. Por outro lado, o conceito de género faz parte da tentativa empreendida pelas feministas contemporâneas para reivindicar um espaço de definição, para sublinhar a incapacidade das teorias existentes para explicar as persistentes desigualdades entre as mulheres e homens. Desigualdades essas que somente são vislumbradas nas diferentes relações e experiências sociais que mulheres e homens desencadeiam no seu mundo da vida [78, 79]. O termo género refere em si uma relação, na verdade um conjunto de relações e não um atributo individual, isto é, o género é uma relação entre sujeitos – mulheres e homens – socialmente constituídos em contextos especificáveis. Este ponto de vista relacional ou contextual sugere que o género é sempre relativo às relações construídas. Aqui, a primazia é dada ao fato de que o género ser uma construção social e como tal, pode depender de questões sociais, culturais, económicas, etc., bem como estruturar relações sociais específicas [71, 80, 81].

1.2.3.2. Desigualdades de género no contexto a infeção pelo VIH/SIDA

Com a epidemia do VIH/SIDA género é também definido como um conjunto de crenças sociais, normas, costumes e práticas que definem atributos e comportamentos masculinos e femininos – desempenha um papel fundamental na determinação da vulnerabilidade de um indivíduo à infeção, na sua capacidade de aceder aos cuidados,

apoio ou tratamento, bem como na capacidade de lidar com as consequências quando PVVIH ou afetados pelo vírus, como veremos no capítulo da apresentação e discussão dos resultados. Assim, género é um fator determinante em relação tanto aos cuidados, tratamento e apoio que mulheres e homens VIH positivos recebem, quanto os encargos e as consequências socioeconômica negativas do VIH/SIDA. World Health Organization (2003).

O género ou as relações de género são um aspeto determinante nas definições dos papéis/posições sociais “adequados” às mulheres e aos homens, bem como nas desigualdades que existem entre ambos, o fato de a nossa pesquisa centrar-se em mulheres VIH positivo não quer dizer que a condição e as experiências que elas perpetuam no cotidiano não tenham influência, ou não sejam consequência, do aspeto construtivo e relacional entre mulheres e homens que o conceito de género enaltece. Paralelamente, além de ser construído através do parentesco, o género também é construído na economia, na organização política, ou seja, as relações de género são relações sociais entre mulheres e homens que se desenvolvem dentro de contextos específicos, que mudam em resposta à alteração das condições económicas, políticas, sociais, educacionais, ambientais e sanitárias ou de saúde [77]. Se as relações entre mulheres e homens – relações de género – se desenvolvem em contextos específicos, então, questões culturais específicas influenciam na estruturação dessas relações. Assim, a cultura constitui o género. No caso moçambicano, as questões culturais e tradicionais discriminatórias e nocivas para as mulheres, são aspetos que se deve ter em conta para analisar as relações de género e as consequências das mesmas para as maneiras de ser e estar na sociedade por parte dos indivíduos.

Este estudo debruça-se sobre as questões de saúde, ou seja, sobre a influência das relações sociais de género e das desigualdades entre mulheres e homens nas experiências quotidianas das mulheres infetadas pelo VIH. Fazemo-lo no pressuposto de que não fica incompleto o estudo se estuda-se-mos a vulnerabilidade das mulheres a infeção pelo VIH, sem analisar conjuntamente os papéis de género e todas as implicações que esses têm nas relações entre mulheres e homens. Assim, as questões de género devem ser tomadas aqui não como questões isoladas, mas sim, como questões

que determinam e dialogam com a condição de vulneráveis que vivem as mulheres entrevistadas e com o aumento da prevalência da pelo VIH em mulheres.

A magnitude do problema da infecção pelo VIH, as ações da resposta e enfrentamento da epidemia, bem como de mitigação das consequências sociais devem ter em conta as questões de género, as desigualdades de poder sociais e económicas das mulheres. As relações sociais fundadas nas diferenças percebidas entre os sexos contribuem para ampliar a compreensão do processo saúde-doença-cuidado. Neste sentido, a implicação de fatores socioculturais, como género, nas questões de saúde-doença enfatiza o papel destes fatores enquanto determinantes na saúde das mulheres e dos homens. Esses fatores também são importantes na leitura de problemas sociais relacionados com a saúde, neste caso a infecção pelo VIH, na medida em que afeta as condições sociais reais da vida dos indivíduos [82]. Alguma literatura destaca que o género é um dos fatores sociais diretamente implicados nas desigualdades de saúde. A perspetiva da desigualdade de género procura, justamente, investir na análise da articulação das relações de género com a produção de vulnerabilidades de infecção, bem como das desvantagens dos cuidados de saúde. Principalmente pelo fato das mulheres, mesmo que infetadas, continuam com as responsabilidades de gestão do lar e da sua saúde [68, 71, 81].

O género refere-se a diferenças nos papéis sociais que são aprendidas através da socialização e variam entre as culturas e nas relações entre homens e mulheres. Os papéis de género são também definidos pela idade, classe, raça, etnia e religião, bem como por motivos geográficos, económicos e ambientes políticos [83-85]. As dimensões de género relevantes para o estudo dos fatores da infecção pelo VIH/SIDA incluem estatuto socioeconómico, jurídico, cultural, religioso, político e sexual das mulheres. As desigualdades de género não só aumentam a vulnerabilidade das mulheres ao VIH/SIDA, mas também se tornam fatores que alimentam a disseminação da epidemia. Em alguns contextos africanos há multiplicidade de fatores socioculturais que aumentam a vulnerabilidade das mulheres ao VIH [69, 71, 81]. A subordinação das mulheres africanas cria vulnerabilidade à infecção pelo VIH através de dependência económica, falta de meios de subsistência, falta de proteção contra abuso e exploração. As pressões económicas levam as mulheres a se envolverem em “vícios” como o

trabalho sexual e o sexo transacional. A maioria das mulheres nas sociedades africanas é sujeita a discriminação desde a juventude com negação ao acesso à educação e ao emprego remunerado. As mulheres acabam por ficar em atividades como agricultura de subsistência ou empregos de baixa remuneração. Em ambientes urbanos a coabitação sexual e relacionamentos temporários são comuns porque as mulheres precisam de apoio para itens como arrendamento de habitação, alimentação, cuidado com os filhos entre outros. Além disso, a construção social da masculinidade e da feminilidade torna as mulheres impotentes para exigir seus direitos, incluindo não questionar a infidelidade de seus maridos ou seja ser tolerante para as relações múltiplas dos parceiros, incluindo sexo extraconjugal por homens. Casamentos e relações monogâmicas não protegem as mulheres. Ironicamente, uma mulher solteira será mais protegida do que uma casada por causa da infidelidade dos homens. O sistema patriarcal em África afeta as mulheres diretamente pela legitimação do domínio masculino [47, 86, 87]. As desigualdades de gênero constituem também o núcleo da feminização da infecção pelo VIH/SIDA na África Subsaariana. Estas diferenças manifestam-se por vezes em violência física, sexual e coerção bem como a limitação no acesso aos serviços e informações de saúde. O medo da violência leva à aceitação do sexo sem proteção. [53, 88, 89]. Estudos da mostraram no Ruanda, Tanzânia e África do Sul, que a probabilidade de as mulheres que experimentaram violência serem VIH positivas é três vezes mais do que as mulheres que não têm experiência de violência. O estudo do Uganda encontrou que os ataques físicos, ameaças e intimidação pelos parceiros tornaram as mulheres impotentes de aceder aos serviços do VIH/SIDA [86, 87].

1.2.3.3. Violência de genero, estigma e a discriminação

Neste contexto da vulnerabilidade social a infecção pelo VIH/SIDA, o estigma e a discriminação, tem um papel determinante ao nível da disseminação da infecção, pois são determinantes que interagem com o estatuto da mulher, fatores como pobreza, analfabetismo, a mobilidade ou migração, urbanização, violência, o acesso aos cuidados de saúde, entre outros. O estigma e discriminação geralmente afeta grupos com alto risco de infecção pelo VIH, o que aumenta a sua vulnerabilidade de várias formas. Devido o seu receio de serem discriminados, os indivíduos em alto risco de contrair a

infecção retraem-se de procurar informação relacionada com a sua saúde sexual e reprodutiva ou outras formas de prevenção de doenças [42, 43, 90, 91].

A literatura descreve que o estigma a discriminação no contexto do VIH/SIDA são uma complexidade de fenômenos, e atribuiu a incapacidade de reação a eles à sua natureza complexa e ao seu alto grau de diversidade nos diversos ambientes culturais. Como enunciado num Documento Conceitual USAID: “É um problema difícil, porque por trás da aparente universalidade do problema de estigma, discriminação e negação (ED&N) relacionado ao VIH/SIDA parece haver uma diversidade e uma complexidade difíceis de abordar de uma forma programaticamente útil” [42, 43, 91].

Embora seja importante reconhecer que o estigma, discriminação e negação (ED&N) estão longe de ser construções individuais, e que se caracterizam por um alto grau de diversidade e complexidade intercultural, um dos fatores mais importantes que limitam o entendimento desses fenômenos poderá ser menos a sua complexidade inerente do que a relativa simplicidade das estruturas conceituais existentes.

Analizamos o estigma, em relação ao VIH/SIDA, partindo do clássico trabalho de Erving Goffman, que definiu o estigma como “um atributo que é profundamente depreciativo” e que, aos olhos da sociedade, serve para desacreditar as vítimas do mesmo [43, 92].

As origens sociais da estigmatização e da discriminação podem de fato ser bastante diferentes daquelas da negação, que é uma construção. Embora o termo em si tenha uma longa história (que remonta à Grécia Clássica, onde se referia a sinais corporais feitos com cortes ou fogo no corpo dos excluídos), ele só entrou em grande escala na análise sociológica através do trabalho de Goffman [43, 93].

Ele observa que o estigma é atribuído pela sociedade com base no que constitui “diferença” ou “desvio”, e que é aplicado pela sociedade por meio de regras e sanções que resultam no que ele descreve como um tipo de “identidade deteriorada” para a pessoa em questão. Tão útil e importante quanto as primeiras formulações de Goffman para esse problema, é o entendimento mais completo da estigmatização, pelo menos em relação ao seu funcionamento no contexto do VIH/SIDA, que exige de nós que abramos

esta categoria analítica – e que repensemos as direções que ela coloca no nosso trabalho de pesquisa e de intervenção [92].

É importante reconhecer que nenhuma dessas ênfases deriva diretamente de Goffman, que, pelo contrário, tinha grandes preocupações com as questões da mudança social e da construção social das realidades individuais. Na realidade uma leitura do trabalho de Goffman poderia sugerir que, como conceito formal, a estigmatização capta mais uma *relação* de desvalorização do que um atributo fixo. Mesmo assim o fato de que a estrutura de Goffman tenha sido utilizada em muitas pesquisas sobre VIH/SIDA como se o estigma fosse uma atitude estática e não um processo social em constante mutação limitou seriamente as maneiras pelas quais se têm abordado a estigmatização e a discriminação em relação ao VIH/SIDA. É interessante notar que enquanto as referências ao estigma e a estigmatização no trabalho sobre VIH/SIDA reconhecem tipicamente Goffman e seu trabalho como precursores intelectuais, a discussão mais próxima da discriminação raramente se enquadra em qualquer tradição teórica. O significado da discriminação normalmente é tomado como já dado, como se já tivesse sido definido ou fosse óbvio com base no uso comum.

Esta ênfase sociológica nas dimensões estruturais da discriminação é particularmente útil para nos ajudar a pensar de forma mais sensível sobre como a estigmatização e a discriminação se manifestam em relação ao VIH/SIDA. Em última análise, portanto, falamos de desigualdade social. Para confrontar e entender corretamente as questões da estigmatização e da discriminação, seja em relação ao VIH/SIDA ou a qualquer outra questão, é necessário, portanto, que pensemos de maneira mais ampla sobre como alguns indivíduos e grupos vieram a se tornar socialmente excluídos, e sobre as forças que criam e reforçam a exclusão em diferentes ambientes.

O estigma e discriminação são em parte concebidos como processos individuais – ou como algo que certos indivíduos fazem a outros. Embora tais visões possam parecer lógicas em culturas altamente individualizadas (tais como os EUA e certas partes da Europa) onde se ensina às pessoas que elas são agentes livres, elas não fazem muito sentido em outros ambientes [42]. Em grande parte do mundo em desenvolvimento, por exemplo, as ligações e alegações ligadas à família, vizinhança e comunidade explicitam que o estigma e a discriminação, onde e quando aparecem, são fenômenos sociais e

culturais ligados às ações de grupos inteiros de pessoas, e não consequências de comportamento individual [42, 43, 91].

É importante reconhecer que o estigma e a estigmatização se formam em contextos específicos de cultura e poder. O estigma nunca surge em um vácuo social. Ele tem sempre uma história, que tem influência sobre quando ele aparece e sobre a forma que ele assume. O entendimento desta história e de suas consequências prováveis para os indivíduos e comunidades afetados pode nos ajudar a desenvolver melhores medidas para combatê-lo e para reduzir os seus efeitos. Por outro lado, é importante entender melhor como o estigma é usado pelos indivíduos, comunidades e pelo Estado para produzir e reproduzir desigualdades sociais. Finalmente, é importante reconhecer como o entendimento do estigma e da discriminação nestes termos encoraja o foco sobre a saúde e estigmatização e suas ligações à exclusão social. Pessoas vivendo com VIH/SIDA têm sido (e continuam a ser) vistas como “infames” em muitas sociedades. Onde a VIH/SIDA está associada a grupos minoritários, já estigmatizados, ou com comportamentos desviantes, – como por exemplo no caso da homossexualidade – a infecção por VIH/SIDA pode ser ligada a noções de “perversão” e pode gerar punição e até violência física [43, 94-96].

Iriart (2015) ao estudar as mulheres vivendo com VIH/SIDA na periferia de Maputo e citando Corrigan & Lundin (2001), aborda o estigma associado à infecção pelo VIH, distinguindo duas dimensões do estigma: o estigma sentido (*felt stigma*) e o estigma efetivado (*enacted stigma*). O primeiro remete à percepção de depreciação pelo indivíduo portador de alguma característica ou condição socialmente desvalorizada, o que acarreta sentimentos como vergonha, medo, ansiedade e depressão, levando à autoexclusão das relações sociais. Já o estigma efetivado é definido como uma experiência real da discriminação, quando a exclusão em função do estigma passa a ocorrer, resultando em violação de direitos e implicando ostracismo social. No que pode ser caracterizado como estigma sentido, antecipando reações estigmatizantes e atitudes discriminatórias, várias mulheres entrevistadas evitaram revelar o diagnóstico, inclusive para seus familiares mais próximos. O receio de revelar a condição de seropositividade tem suas razões em um contexto de forte desigualdade de gênero em que a AIDS suscita acusações morais e ainda está muito associada à morte [97].

O fato de alguém estar infectado pelo VIH constitui um fator de discriminação. A discriminação e o estigma são mais frequentes em VIH positivas do que perante pessoas com outras doenças, como o cancro. Considera-se que o VIH/SIDA tem quatro características que favorecem o estigma: a) é uma doença percebida como mortal; b) é uma doença que pode colocar outras pessoas em risco; c) pode ser uma condição aparente a terceiros; e d) é uma doença cujas causas são percebidas como de responsabilidade do indivíduo. Por mais que se saiba que o VIH pode ser transmitido de diferentes formas, a transmissão por via das relações sexuais é a que mais prevalece. Desta forma, já que o indivíduo poderia ter-se prevenido da infeção pelo VIH usando o preservativo, ele é visto como culpado e parte daí a discriminação influenciada por essa lógica de pensamento que nem sempre coincide com a verdade. O que acontece em Moçambique, muitas vezes, a mulher seropositiva é vista como culpada pelo seu estado e, nessas circunstâncias, são reportados vários casos em que os maridos abandonam as esposas, quando descobrem que elas são seropositivas, mesmo sabendo que também eles são potenciais seropositivos. Na realidade, muitas mulheres grávidas sabem logo do seu estado, pois isto é investigado nas consultas pré-natais e o fato de elas saberem primeiro e contar ao marido pode originar a discriminação [46].

O fato de estar infectada pelo VIH ou estar doente de SIDA fica amplamente conhecido não só pela frequência das doentes às US, mas, em grande parte, pela *rede social* composta por grupos de convívio do trabalho, escola, círculos familiares e de amigos, círculos de vizinhança, entre outros, presentes no quotidiano dos indivíduos. De modo que, os indivíduos lidam com diferentes rumos e implicações das doenças na vida quotidiana, assim como com os processos de adaptação e reorganização das atividades, hábitos e expectativas diante da condição de saúde, ou mesmo as estratégias para lidar com o estigma gerado pela infeção pelo VIH [68].

Uma análise recente identificou cinco fatores que contribuem para o estigma do VIH/SIDA: (1) o fato de o VIH/SIDA ser uma doença que ameaça à vida; (2) o fato de as pessoas terem medo de contrair o VIH/SIDA; (3) a associação do VIH/SIDA a comportamentos já estigmatizados em muitas sociedades (tais como sexo entre homens e o uso de drogas injetáveis); (4) o fato de as pessoas com VIH/SIDA serem frequentemente consideradas responsáveis por terem contraído a doença; e (5) Crenças,

religiões ou morais que levam algumas pessoas a concluir que ter VIH/SIDA é o resultado de uma falta moral (tal como a promiscuidade ou o “desvio” sexual) que merece punição [43, 95].

O estigma e a discriminação causam mais sofrimento as PVVIH com o vírus VIH em Moçambique do que à falta de medicação, fome ou pobreza. Este sofrimento inclui a desigualdade do género e crenças sobre a sexualidade masculina; a violência doméstica e abuso sexual. De acordo com um relatório do FNUAP, as mulheres são responsáveis pela gestão dos recursos do seu agregado familiar, embora tenham poucos poderes de decisão em particular nos países em desenvolvimento, com conjunturas de dependência económica. Nestas condições, verifica-se maior probabilidade de sexo de as mulheres estarem sujeitas a coercivo, violência diária, exploração, falta de poder de negociação nas decisões para uma vida sexual saudável. A falta de recursos impõem ainda uma lógica de sobrevivência na qual o VIH é um risco secundário, como têm sugerido cada vez mais uma forte ligação entre violência doméstica, comportamentos sexuais e a existência de risco para o VIH/SIDA como o sexo transacional; tabus e barreiras relativas à comunicação do casal sobre sexo; as relações de disparidade relativas à idade e nível económico; abuso do álcool e trabalho migratório[98, 99].

No contexto moçambicano, mulheres e homens incorporam, nas suas práticas, os valores do poder masculino como certos e justos, porque é assim, e “naturalmente” assim. Refere-se aos modelos de educação e a influência religiosa como os que determinam que a jovem não esteja preparada, quando adulta, para negociar com o parceiro o exercício da sexualidade seja na reprodução como no prazer [100-102].

O acesso à educação é uma ferramenta essencial com a qual as mulheres podem se proteger contra o VIH. O acesso a educação escolar aumenta a chance das raparigas poderem aceder a informação e construir confiança e habilidades necessárias para se protegerem do VIH. Evidências de um estudo em oito países da África Subsaariana mostram mulheres com oito ou mais anos de escolaridade foram 87% menos propensas a que tenham relações sexuais antes dos 18 anos, em comparação com as não tinham escolaridade [86, 103, 104].

1.2.3.4. Medidas de promoção da igualdade de género em Moçambique

Acordos regionais e internacionais ratificados

A Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW, siglas em inglês); Ratificada pelo Governo Moçambicano em 1993, obriga os Estados signatários a rever toda legislação discriminatória vigente e a aprovar novas leis que permitam eliminar quaisquer discriminações existentes contra a mulher.

Declaração de Beijing. Ratificada em 1995, estabelece marcos programáticos a serem implementados pelos governos para melhorar o estatuto da mulher através da implementação da Plataforma de Ação de Beijing (com 12 áreas prioritárias).

Declaração de Género e Desenvolvimento da SADC. Ratificado em 1997. Compromete os países signatários a rever as leis discriminatórias e a aprovar novas, de forma a eliminar os fatores que limitam o acesso e controlo dos recursos pelas mulheres e aos espaços de tomada de decisão.

Protocolo Opcional da Carta Africana sobre dos Direitos Humanos e das Pessoas e Direitos das Mulheres. Ratificado em 2005, e que reforça as medidas adotadas para eliminar qualquer tipo de discriminação contra a mulher em África e para proteger os seus direitos.

Declaração Solene da Igualdade de Género em África. Ratificada em 1994, estabelece as metas para a União Africana em termos de equidade de género que deverão ser atingidas pelos Estados-membros.

Protocolo da SADC sobre Género e Desenvolvimento. Aprovado em 2008, estabelece metas para a SADC no que concerne ao alcance da equidade de género, incluindo a recomendação para se alcançar a quota de participação de 50% de mulheres nos espaços de tomada de decisão.

Promoção da equidade de género no acesso aos serviços de saúde

O Governo de Moçambique, as organizações não-governamentais e os parceiros de cooperação têm envidado esforços para promover a equidade de género nos seus

programas de desenvolvimento. A construção dos papéis e responsabilidades da mulher e do homem em Moçambique conduz à maior discriminação da mulher na área sexual e reprodutiva, em que a mulher se encontra cinco vezes mais afetada que o homem por infeções de transmissão sexual. Estratégia de inclusão de Género do Sector de Saúde para o período 2018-2023, tem como lema: “***Melhorar a integração do Género rumo ao acesso Universal e Saúde***” e as suas prioridades estratégicas são:

1. Promover Capacidade institucional para integração da perspectiva do Género, Direitos Humanos e Resposta a Violência no Sector Saúde
2. Desenvolver ações de Formação e de Promoção de saúde na Vertente de inclusão da perspectiva do Género, Direitos Humanos e resposta a Violência Baseada no Género;
3. Prover serviços de saúde respeitosos e sensíveis a inclusão da perspectiva do Género, Direitos Humanos e resposta a violência baseada no género

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde de Moçambique tem incluído de forma consistente a abordagem de gênero nas discussões das suas políticas e programas de combate ao VIH/SIDA. Reconhece-se agora, cada vez mais, as diferenças da prevalência de VIH entre homens e mulheres em diferentes faixas etárias do mesmo grupo sociocultural e económico (MISAU - Estratégia de Inclusão da Igualdade de Género no Sector da Saúde, 2018-2023).

Para reduzir o abuso do poder do homem sobre a mulher, o governo de Moçambique ratificou a Lei 29/2009 sobre a violência doméstica praticada contra as mulheres embora na prática não se note a operacionalidade desse documento legal. E também criou o Mecanismo Multisectorial de Atendimento Integrado à Mulher Vítima de Violência, aprovado em Junho de 2012, com o objetivo de: Desenvolver uma abordagem holística em resposta das instituições do Governo e da sociedade civil à violência praticada contra a mulher e a rapariga; Incluir as diferentes necessidades na resposta à violência contra a mulher, este documento estabelece a relação de coordenação e de atendimento interligado dos vários atores, incluindo os papéis a serem desempenhados por cada um; As principais instituições públicas envolvidas no atendimento multisectorial são o Ministério do Interior, o Ministério da Saúde, o

Ministério do Género, Criança e Ação Social e o Ministério da Justiça e o Mecanismo pretende melhorar o atendimento que se faz das sobreviventes de violência contra a mulher, coordenando melhor o trabalho e papel dos diferentes intervenientes e definindo protocolos de atendimento que permitam uniformizar os serviços oferecidos pelos diferentes profissionais envolvidos.

O despacho do Ministério da Saúde sobre o Atendimento Integrado às Vítimas de Violência de Género. Aprovado no dia 12 de Janeiro de 2011, estabelece os procedimentos a serem respeitados pelas unidades sanitárias no atendimento às vítimas de violência baseada no género, a maior parte das quais são mulheres e raparigas. Estabelece a relação a ser estabelecida entre a Unidade Sanitária e outros serviços às sobreviventes de violência baseada no género como a Polícia. Determina o papel dos Agentes de Saúde e os protocolos a serem seguidos para se identificar casos de violência para se abordar casos já identificados.

Como forma de garantir que haja direitos e oportunidades iguais para mulheres e homens, o governo de Moçambique institucionalizou a política de género e as estratégias da sua implementação que visam contribuir para a redução das desigualdades de género e promover a mudança gradual de mentalidade, tanto do homem como da mulher, despertando e criando sensibilidades necessárias em ambos, relativamente à situação de discriminação existente no tratamento social, económico, político e cultural (Programa Quinquenal do Governo 2015 - 2019).

É preciso que as entidades responsáveis pelos programas de empoderamento da mulher e de promoção de igualdade e equidade socioeconómica e política entre homens e mulheres, delineiem estratégias de forma a erguer a voz feminina para que elas consigam desenvolver uma negociação. Historicamente, a função de promover a igualdade de género tem sido atribuída a diferentes instituições, começando com um Secretariado Nacional para a Ação Social no Ministério da Saúde. Em 1995, esta função foi atribuída ao então recém-criado Ministério de Coordenação da Ação Social (MICAS), em particular ao Departamento da Mulher na Direcção Nacional da Ação Social. No ano 2000, o Ministério foi transformado no Ministério da Mulher e Coordenação da Ação Social (MMCAS), tendo resultado na criação de uma Direcção Nacional da Mulher de forma independente. Em 2005, o Ministério foi transformado em

Ministério da Mulher e da Ação Social (MMAS), continuando a Direção Nacional da Mulher a existir dentro do MMAS.

A atualmente, denomina Ministério da Género, Criança e Ação Social e, tem como objetivos centrais: desenvolvimento e capacitação que inclui a reestruturação, organização e modernização do setor, bem como o reforço da capacidade de formação profissional das mulheres; elevar o status da mulher e a sua participação na vida política, económica e social, por meio da introdução de perspetivas de género e empoderamento (Governo de Moçambique - Estatuto orgânico do Ministério do Género Criança e Ação Social, 2015)

Em 2004, o Conselho de Ministros criou o Conselho Nacional para o Avanço da Mulher (CNAM). Os membros do CNAM incluem vários Ministros e Vice-Ministros, duas Organizações da Sociedade Civil (OSC's) que trabalham em prol da igualdade de género, um representante de organizações religiosas, um representante dos sindicatos e um representante do setor privado. Para apoiar o secretariado executivo foi formado um conselho técnico que é composto por pontos focais de género

O objetivo da criação do MGCAS em 2015 perseguiu os mesmos objetivos que nortearam a história deste ministério que é valorização da mulher moçambicana. Contudo, torna-se difícil atualmente notar os seus efeitos. Assim, os imperativos socioculturais de subvalorização da mulher na zona rural moçambicana, onde grande parte da população habita, ainda são observáveis. No entanto, os ganhos relativos desde a criação do Ministério, acompanhados pelo processo de democratização do país, aponta uma tendência de inclusão política da mulher. Nota-se uma minoria de mulheres a assumir altos cargos governamentais, como a primeira-ministra e algumas delas dirigindo ministérios e a presidente da assembleia da república. Apesar desses avanços, pessoas com capacidade de análise e olhar crítico não ficam satisfeitas, visto que a maioria das mulheres que vive em áreas rurais ainda sente as desigualdades de género no processo de convivência com os homens. Há necessidade de se estabelecer mais políticas sociais, económicas e sanitárias para melhor proteger as mulheres, como afirma Takahashi, Shima e Souza (1998):

A presença cada vez mais marcante da mulher no quadro da epidemia do VIH/SIDA traz a necessidade de melhor explorar a temática, pois se trata de um segmento com especificidades distintas da população masculina e que apresenta desvantagens no que se refere à prevenção, ao controle e tratamento da infecção.

Quadro 1. Análise dos instrumentos legais nacionais

INSTRUMENTO LEGAL	PONTOS-CHAVE
<p>Constituição da República de Moçambique.</p> <p>Aprovada pela Assembleia da República em 2004.</p>	<p>É a lei base de toda a legislação moçambicana e estabelece o princípio da igualdade de género (artigo 36º) proíbe a discriminação ao estabelecer o princípio da universalidade e da igualdade no artigo 35º.</p>
<p>Política de Género e Estratégia da sua Implementação.</p> <p>Aprovada pelo Conselho de Ministros em 2006</p>	<p>Marca a base legal para a criação de mecanismos institucionais que permitam assegurar a integração do género nos planos sectoriais. A estratégia de implementação centra-se nas áreas identificadas como críticas através das quais a política será operacionalizada, concretamente: o empoderamento económico, a educação, a segurança alimentar, a participação das mulheres na vida pública e nos processos de tomada de decisão, a redução da mortalidade materna e na proteção dos direitos da mulher e da rapariga.</p>
<p>Plano Nacional para o Avanço da Mulher 2010 – 2014.</p>	<p>Confere direitos iguais de uso e aproveitamento da terra às mulheres e aos homens (artigo 10º e 15º). A lei não é discriminatória com relação à garantia do acesso à terra por parte de mulheres e homens porém, inclui como um dos requisitos para aquisição da terra “<i>as normas e práticas costumeiras no que não contrariem a Constituição</i>”, Artigo 12, linha a). Protege o acesso sem distinção de sexo à terra por via da herança (artigo 15º, nº4).</p>
<p>Lei da Família. Lei nº 12/2004 de 25 de Agosto de 2004.</p>	<p>Estabelece uma total igualdade de género perante a lei, no casamento, divórcio, guarda das crianças e na divisão de bens. Expressamente, exclui toda a discriminação contra a mulher, seja em relação à herança, idade para casar, estatuto da viúva, etc. Ressaltam as seguintes mudanças em relação à anterior lei:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Os maridos já não são automaticamente considerados chefes de família com a autoridade paternal substituída pela autoridade parental. ✓ Elimina o princípio de supremacia masculina <p>ao impor deveres recíprocos a ambos os cônjuges (artigos 93º, 94º, 95º, 96º e 97º).</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Reconhece que tanto o homem como a mulher podem representar a família (artigo 99º), transmitir os seus nomes aos seus descendentes (artigo 100º) e administrar os bens comuns (artigo 102º). ✓ A lei reconhece as uniões tradicionais e religiosas quando registadas, permitindo maior acesso à justiça. ✓ Não permite o casamento forçado (artigo 7º). ✓ Aumenta e iguala a idade legal mínima para se contrair matrimónio, para ambos os sexos em 18 anos (artigo 30º, nº 1)³⁷. ✓ A poligamia não é permitida (artigo 16º).
<p>Lei do Trabalho. Lei nº 27/2007 de 1 de Agosto de</p>	<p>Focaliza-se na realização de trabalho por conta de outrem. Concede às mulheres 60 dias de licença de maternidade com</p>

2007.	<p>direito à 100% do salário³⁹. Este direito pode ser usufruído até 20 dias antes do parto, independentemente de ter nascido um nado vivo ou morto (Artigo 12º).</p> <p>Aos homens, a Lei prevê 1 dia de licença de paternidade no dia imediatamente posterior ao nascimento da criança (Artigo 12º, nº 5).</p> <p>Estabelece uma série de direitos especiais à mulher durante e depois do período de gestação⁴⁰.</p> <p>Reconhecendo o papel biológico reprodutor das mulheres a Lei concede um tempo de até 30 dias ao ano em conceito de faltas justificadas para cuidar de filhos menores em caso de doença ou acidente.</p>
Lei sobre o Tráfico de Pessoas. Lei nº 6/2008 de 9 de Julho.	<p>Criminaliza o tráfico de pessoas, em especial mulheres e crianças.</p> <p>Estabelece as ações criminosas, as sanções assim como as medidas de proteção das vítimas de tráfico humano ao nível nacional e internacional.</p>
Lei da violência doméstica praticada contra a mulher. Lei nº 29/2009 de 1 de Setembro de 2009.	<p>Criminaliza a violência com base no género e a violência doméstica (Artigo 1º) e a considera um crime público (Artigo 21º).</p> <p>A lei reconhece a violação no seio do casamento pelo esposo e a penaliza (Artigo 17º). Assim como penaliza com penas de até 12 anos de prisão o envolvimento sexual com conhecimento de possuir uma doença infecciosa (Artigo 18º).</p>
Mecanismo Multisectorial de Atendimento Integrado à Mulher Vítima de Violência. Aprovado em Junho de 2012.	<p>Desenvolve uma abordagem holística em resposta das instituições do Governo e da sociedade civil à violência praticada contra a mulher e a rapariga.</p> <p>A fim de incluir as diferentes necessidades na resposta à violência contra a mulher, este documento estabelece a relação de coordenação e de atendimento interligado dos vários atores, incluindo os papéis a serem desempenhados por cada um.</p> <p>As principais instituições públicas envolvidas no atendimento multisectorial são o Ministério do Interior, o Ministério da Saúde, o Ministério do Género, Criança e Ação Social e o Ministério da Justiça.</p> <p>O Mecanismo pretende melhorar o atendimento que se faz das sobreviventes de violência contra a mulher, coordenando melhor o trabalho e papel dos diferentes intervenientes e definindo protocolos de atendimento que permitam uniformizar os serviços oferecidos pelos diferentes profissionais envolvidos.</p>
Despacho do Ministério da Saúde sobre o Atendimento Integrado às Vítimas de Violência de Género. Aprovado no dia 12 de Janeiro de 2011.	<p>Estabelece os procedimentos a serem respeitados pelas unidades sanitárias no atendimento às vítimas de violência baseada no género, a maior parte das quais são mulheres e raparigas.</p> <p>Estabelece a relação a ser estabelecida entre a Unidade Sanitária e outros serviços às sobreviventes de violência baseada no género como a Polícia.</p> <p>Determina o papel dos Agentes de Saúde e os protocolos a serem seguidos para se identificar casos de violência para se abordar casos já identificados.</p>
Código Penal. Lei nº 35/2014 de 31 de Dezembro	<p>Trás importantes contribuições para a eliminação da discriminação contra a mulher, despenalizando o aborto realizado dentro de 12 semanas de gestação.</p> <p>Elimina atenuantes ao crime de violação como o de perdão no caso de o violador casar-se com a vítima.</p> <p>Reconhece o abuso sexual e incorpora o crime de violência doméstica sem perder de vista a legislação específica.</p> <p>Descriminaliza a prostituição, pessoas idosas a pedir esmola, homossexualidade.</p>

<p>Estratégia de Género do Sector da Agricultura (2005).</p>	<p>Um dos objetivos é ampliar a compreensão dos quadros do Ministério da Agricultura (atualmente MITADER) sobre a equidade de género de forma a garantir que o Ministério seja um sector que pratica e promova ativamente a equidade de género. Cria os mecanismos para se estabelecer e fortalecer as ligações entre o MINAG/MITADER, o sector familiar, as associações de camponeses, a sociedade civil e o sector privado nas parcerias para a promoção da igualdade de género. As ações estratégicas previstas incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fornecer microcrédito aos camponeses para que possam comprar instrumentos agrícolas; ✓ Disseminar e desenvolver técnicas para produção, uso sustentável, diversificação de culturas e armazenagem, etc., para aumentar a segurança alimentar. ✓ Conduzir demonstrações tecnológicas dirigidas às mulheres rurais para promover métodos que poupem a força de trabalho e encorajar a participação das mulheres em trabalho de pecuária. ✓ Desenvolver tecnologias apropriadas para as mulheres em pacotes de uso fácil, harmonizando as tecnologias tradicionais com as modernas. ✓ Disseminar a Lei de Terras e os direitos das mulheres ao acesso e controlo da terra, reduzindo gradualmente os efeitos discriminatórios das normas costumeiras
<p>Estratégia e Plano de Ação de Género, Ambiente e Mudanças Climáticas. De Junho de 2010.</p>	<p>Estabelece os mecanismos para integração da perspetiva de género no sector do meio ambiente com o fim de mitigar a adaptação às mudanças climáticas e do uso sustentável dos recursos naturais a fim de se melhorar a qualidade de vida da população no geral e das mulheres e das comunidades em específico. As ações estratégicas prioritárias incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Contribuir para o empoderamento da mulher e das comunidades locais, através do acesso às tecnologias e outras atividades para mitigação e adaptação às mudanças climáticas e do uso sustentável dos recursos naturais. ✓ Assegurar a equidade de género no processo de tomada de decisão, formação e capacitação ambiental. ✓ Assegurar que os planos, políticas, programas, estratégias e orçamentos promovam a equidade de género, acesso aos recursos naturais e às medidas de mitigação e adaptação às mudanças climáticas. ✓ Assegurar que quadros e técnicos de todos os sectores da transversalidade ambiental, tenham uma compreensão sobre a equidade de género e que sejam capazes de contribuir para os propósitos desta estratégia.
<p>Estratégia de Género do Sector da Educação e Desenvolvimento Humano (2016-2020).</p>	<p>Tem como objetivo geral promover a igualdade de direitos e oportunidades para crianças, jovens e adultos de ambos os sexos no acesso à educação de qualidade e aos seus benefícios. Identifica claramente os fatores de desigualdade de género no Sector da Educação. Desde o ponto de vista da procura (por exemplo a pobreza generalizada, a sobrecarga de trabalho das raparigas, os ritos de iniciação, casamentos e gravidezes precoces, etc.) da oferta (por exemplo: expansão da rede escolar, qualidade da educação, qualidade de professores e presença de professoras, mecanismos ineficazes de resposta ao assédio e abuso sexual das raparigas, etc.). A estratégia define os seguintes objetivos estratégicos:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Eliminar as disparidades de género na Educação em todos os níveis no acesso, retenção e conclusão e na formação profissional. ✓ Incrementar a qualidade e relevância do ensino para a população estudantil com vista à mudança de valores, atitudes e comportamentos que levam à igualdade de género. ✓ Aumentar a capacidade de professores, diretores, inspetores de ambos os sexos para lidar com assuntos de igualdade de género e direitos humanos. ✓ Fortalecer a capacidade técnica, financeira e organizacional, assegurando a adoção da igualdade de género no MINEDH, nas instituições tuteladas e subordinadas de maneira eficaz e responsável. ✓ Desenvolver estatísticas do MINEDH que respondam às preocupações de género. ✓ Fortalecer a Unidade de Género a todos os níveis, criando maior visibilidade e impacto.
Estratégia de Género e Plano de Ação do Sector das Pescas (2015 – 2019)	<p>Identifica as principais assimetrias de género no sector das pescas e estabelece ações estratégicas para abordá-las. O Ministério das Pescas é identificado como o principal responsável pela promoção da igualdade de género no Sector das Pescas.</p> <p>Prevê ações estratégicas em 3 áreas prioritárias para a integração de género no sector:</p> <p>(i) Área de Ação institucional:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Reforçar a institucionalização da integração e igualdade de género no Sector das Pescas, incluindo ações como medidas afirmativas para aumento de mulheres funcionárias no sector; auditorias internas de género; integração das questões de género nos planos de desenvolvimento de recursos humanos, reforço da integração das questões de género nos documentos orientadores do sector ou fortalecimento das Unidades de Género através da capacitação e alocação de recursos para a realização de suas responsabilidades. <p>(ii) área de beneficiários:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Reforçar a capacidade das mulheres na cadeia de valores da pesca e da aquacultura. ✓ Reforçar o acesso e controlo das mulheres aos serviços financeiros e mercados ✓ Promover ações de sensibilização sobre questões de género nas comunidades pesqueiras e aquícolas. ✓ Reforçar o acesso e controlo das mulheres aos serviços financeiros e mercados ✓ Promover ações de sensibilização sobre questões de género nas comunidades pesqueiras e aquícolas. <p>(iii) área de cooperação e parcerias estratégicas.</p> <p>Que tem ações como: ‘reforçar a parceria com o Ministério do Género, Criança e Ação Social para coordenar e monitorar as ações sobre igualdade de género levadas a cabo pelo Sector das Pescas.</p>
Estratégia de Inclusão da Igualdade de Género do Sector da Saúde. Aprovada em Janeiro de 2009	<p>Visa reduzir a desigualdade e garantir o princípio de igualdade de acesso e uso dos Serviços de Saúde por ambos os sexos. A estratégia reconhece a existência de disparidades de género na Saúde que se devem à ‘pobreza e analfabetismo presente em grande percentagem na mulher’ e às relações de poder desiguais entre mulheres e homens, o que coloca a mulher na situação de</p>

	<p>falta de ‘poder de decisão sobre o seu corpo e a sua saúde’.</p> <p>A estratégia faz análises de género das áreas prioritárias definidas para implementação da estratégia. Estas incluem (i) o desenvolvimento institucional (incluindo o papel dos pontos focais de género); (ii) o desenvolvimento de recursos humanos (incluindo estratégias para garantir a paridade no número de profissionais do sector); (iii) Saúde sexual e reprodutiva (incluindo estratégia para envolvimento dos homens); (iv) Violência baseada no género, etc.</p> <p>A estratégia define claramente as doenças ou situações que afetam mais a mulheres (violência baseada no género e desumanização dos serviços que afeta especialmente as mulheres nos serviços de maternidade e interrupção das gravidezes) e as que afetam mais a homens (acidentes de viação e no trabalho) e faz análises de género das mesmas e identifica ações para abordá-las garantindo a equidade.</p>
<p>Estratégia e Plano de Ação de Segurança Alimentar e Nutricional (2008-2015).</p> <p>Aprovada em Setembro de 2007</p>	<p>Estabelece os princípios a ser observados e as responsabilidades para se garantir o usufruto do direito humano à alimentação, através do “acesso físico e económico aos alimentos necessários, de modo a que tenham uma vida ativa e saudável”.</p> <p>Tem como referência a Política de Género e Estratégia da sua Implementação. Define a equidade de género como um elemento fundamental na sua própria implementação, envolvendo ativamente a mulher em todas as esferas da mesma.</p>
<p>Estratégia Nacional de Prevenção e Eliminação dos Casamentos Prematuros em Moçambique (2015-2019).</p>	<p>Visa a criação de mecanismos multisectoriais ao nível local e nacional, conducentes à redução e eliminação dos casamentos prematuros. Define estratégias interligadas para alcançar os seus objetivos, incluindo estratégias de comunicação e mobilização social para poder envolver as famílias e comunidades na prevenção dos casamentos prematuros; traça também estratégias para aumentar o acesso das crianças de sexo feminino à educação de qualidade e sua retenção; defende o empoderamento das crianças do sexo feminino em termos económicos e acesso a redes de proteção de apoio.</p> <p>Estabelece medidas para envolvimento de todas partes interessadas na prevenção e eliminação dos casamentos prematuros, nomeadamente as famílias, comunidades (líderes comunitários, matronas, autoridades tradicionais, mestres de ritos de iniciação, etc.), Governo, sociedade civil.</p> <p>A estratégia prevê ações para desafiar a desigualdade de género subjacente aos casamentos prematuros e a participação dos homens na prevenção mesmo através de uma linha estratégica que inclua ‘desafiar, as normas sociais sobre o casamento prematuro’.</p> <p>A estratégia prevê que os recursos para sua implementação provenham do Plano Económico Social.</p>

Fonte: Adaptado do relatório do Perfil de Género de Moçambique, Ministério do Género, Criança e Ação Social (2016)

1.2.4. Vulnerabilidade Programática

A noção de vulnerabilidade neste estudo serve para avaliar “suscetibilidade e as condições da resposta” em relação ao VIH/SIDA e abordada em três planos analíticos interdependentes: a) individual, com destaque nos aspetos cognitivos, comportamentais e a disponibilidade de ações institucionais para controlar a infeção pelo VIH/SIDA; b) programático ou institucional, avaliando os caminhos concretos para satisfazer às necessidades de saúde das mulheres vivendo com VIH/SIDA, promovendo a ligação dos indivíduos com os contextos em que estão inseridos; e c) sociais, condições de vida, especificidade das experiências e perceções/simbólicas do quotidiano, políticas sociais para enfrentar a epidemia e o respeito pela dignidade e direitos humanos [66, 105, 106]. Esta dimensão programática é caracterizada pelos investimentos em ações e programas de informação e educação preventivas; pela existência de serviços com à atuação de diversas instituições sociais que podem contribuir para a diminuição da vulnerabilidade das mulheres a infeção pelo VIH/SIDA, sendo aqui que se enquadram as associações de mulheres vivendo com a infeção pelo VIH/SIDA. Estas fazem parte das diversas instituições sociais, que mediam a vida das mulheres [107, 108].

O plano de análise da dimensão programática (ou institucional) da vulnerabilidade busca justamente avaliar como, em circunstâncias sociais, as instituições, especialmente as de saúde, educação, assistência social, família e cultura, atuam como elementos que reproduzem, quando não mesmo aprofundam, as condições socialmente dadas de vulnerabilidade. Assim, elementos como o grau e a qualidade do compromisso desses serviços e programas, os recursos de que dispõem, os valores e competências da sua gestão e técnicos, a monitoria, avaliação e a retroalimentação das ações, a sustentabilidade das propostas e, especialmente, sua permeabilidade e estímulos à participação e autonomia dos diversos sujeitos sociais no diagnóstico da situação e no encontro dos caminhos para sua superação, são elementos fundamentais no enfoque da vulnerabilidade [109].

A vulnerabilidade programática ou institucional, está associada à existência de políticas e ações organizadas para enfrentar o problema da infeção pelo VIH/SIDA e pode ser avaliada a partir de aspetos como: a) compromisso das autoridades com o

enfrentamento do problema; b) ações efetivamente propostas e implantadas por essas autoridades; c) coalizão interinstitucional e intersectorial (saúde, educação, bem-estar social, trabalho etc.) para a ação; d) planeamento e gestão dessas ações; f) financiamento adequado e estável dos programas; g) continuidade dos programas; i) avaliação e retroalimentação dos programas, j) sintonia entre programas institucionalizados e aspirações da sociedade; k) vínculos entre as instituições e a sociedade civil organizada, etc. Quanto maiores forem o compromisso, a integração e o monitoramento de programas de prevenção e cuidado, maior será a chances de canalizar os recursos, de otimizar seu uso e de fortalecer os indivíduos e a sociedade frente à epidemia [110-113].

CAPITULO II: PERGUNTAS E OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO

2.1. Perguntas de pesquisa

O estudo qualitativo visou responder às seguintes perguntas de pesquisa:

- 1) Quais as percepções das mulheres vivendo com VIH/SIDA sobre a vulnerabilidade de gênero para contrair a infeção pelo VIH na Cidade de Maputo?
- 2) Que associações as mulheres fazem entre práticas culturais e tradicionais comuns na sociedade e infeção pelo VIH? Algumas práticas são percebidas como impulsionadoras dos riscos e vulnerabilidades?
- 3) Como a mulher percebe a associação entre a infeção pelo VIH/SIDA e a sua condição social e económica?
- 4) Qual a experiência de situações de estigma, discriminação e violência das mulheres infetadas pelo VIH/SIDA?
- 5) Que experiências relatam as mulheres infetadas pelo VIH/SIDA sobre o acesso e utilização de serviços de saúde?
- 6) Que estratégias de enfrentamento da infeção pelo VIH/SIDA são empreendidas pelas mulheres? E que papel desempenham as entidades de suporte?

2.2. Objetivos

Objetivo Geral:

Analisar as percepções sobre vulnerabilidades, violência de gênero, em mulheres infetadas pelo VIH/SIDA que residem em Maputo.

Objetivos Específicos

- 1) Identificar as percepções das mulheres vivendo com VIH/SIDA sobre a vulnerabilidade de gênero para contrair a infeção pelo VIH;
- 2) Identificar associações entre condição socio-economica, práticas culturais, tradicionais que impulsionam os riscos e vulnerabilidades à infeção pelo VIH;

- 3) Analisar as experiências de situações de estigma, discriminação e violência no cotidiano das mulheres infectadas pelo VIH/SIDA;
- 4) Descrever o acesso e a utilização dos serviços de saúde pelas mulheres infectadas pelo VIH/SIDA;
- 5) Identificar as estratégias de enfrentamento empreendidas pelas mulheres e o papel das entidades de suporte no contexto da infecção pelo VIH/SIDA.

CAPITULO III: MATERIAL E MÉTODOS

3.1. O desenho do estudo

Este é um estudo descritivo com abordagem qualitativa desenvolvida em Maputo, Moçambique, e incluiu uma categoria de participantes. Este estudo seguiu a conceção de alguns autores, segundo a qual “o método qualitativo adequa-se a aprofundar a complexidade de fenómenos, factos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente” [114-116].

O que significa que não se pretendeu alcançar a generalização, mas sim o entendimento das singularidades das participantes no estudo. Na investigação qualitativa dá-se uma grande importância à validade do trabalho realizado, tentando-se que a informação, os dados recolhidos, estejam de acordo com a perspectiva dos próprios [117, 118]. Assim, optou-se por esta metodologia de estudo qualitativa porque nos permitiu responder aos objetivos específicos definidos. Por outro lado, porque permite aprofundar aspetos observados no estudo quantitativo realizado no âmbito desta tese [17, 119].

3.2. O recrutamento das participantes

A população alvo do estudo foram mulheres infetadas pelo VIH na Cidade de Maputo. O universo elegível de mulheres VIH positivas na Cidade de Maputo é relativamente grande. Assim, por conveniência selecionou-se as mulheres VIH positivas ligadas a duas associações de mulheres vivendo com VIH/SIDA. A seguir apresentam-se algumas características das associações. E para efeitos de confidencialidade e anonimização são designadas apenas por associação A e associação B [1, 120].

- a) Associação A: Fundada por utentes de um hospital de Maputo que procuravam colmatar as insuficiências no apoio as mulheres infetadas pelo VIH, pelos governos central e municipal. As suas atividades são acolhimento e aconselhamento, busca de pacientes faltosos e dos que abandonam as consultas e faltam ao levantamento de medicamentos na farmácia, visitas e cuidados domiciliários, sensibilização para Grupos de Apoio e Adesão Comunitária (GAAC), fortalecimento dos comités e dos provedores de saúde como agentes

da mudança; divulgação de políticas, leis e regulamentos de saúde; divulga os direitos e deveres dos utentes; facilitação do diálogo entre a comunidade/utentes e a unidade sanitária). As atividades da associação estão baseadas nas unidades sanitárias a nível da Cidade de Maputo e também apoia a comunidade nos locais de residência.

- b) Associação B: Esta associação surgiu a partir da mobilização de um membro que teve um ente infetado pelo VIH/SIDA. Esta agremiação é mantida por doações e tem por finalidade minimizar o sofrimento de pessoas que vivem com o VIH/SIDA nos bairros periféricos de Maputo. Entre as atividades desenvolvidas, está a sensibilização sobre as formas de prevenção do VIH, a promoção de palestras para a mudança de comportamentos de risco, uso correto do preservativo, testagem voluntária, trabalhos psicoterapêuticos para a recuperação da autoestima, acolhimento de crianças órfãs e vulneráveis, e a realização de casamentos coletivos de pessoas carentes vivendo com VIH/SIDA, apoiando as com o pagamento dos custos do processo administrativo necessário para o efeito e com a festa coletiva.

O número de participantes do estudo não foi previamente estabelecido na medida em que aplicou-se o princípio de saturação teórica [121-124]. Perspetivou-se no mínimo incluir 20 mulheres em cada uma das associações. Foram entrevistadas 42 mulheres maiores de 18 anos, incluindo apenas aquelas mulheres que aceitaram participar e que assinaram a folha de consentimento informado (Anexo).

3.3. A seleção das associações

A seleção das associações foi por via de indicação, na medida em que para abordar a questão da infeção pelo VIH/SIDA, tema sensível que ainda esta carregado de muito preconceito e estigmatização na sociedade moçambicana, dificilmente conseguiríamos selecionar ao acaso as mulheres infetadas pelo VIH/SIDA para fazerem parte do estudo. Assim, foram selecionadas estas associações cuja a atividade é maioritariamente com mulheres e porque são o lugar onde as mulheres se sentem à vontade para partilhar as suas experiências quotidianas.

E para estabelecermos um contato com as associações de mulheres infetadas pelo VIH/SIDA tivemos apoio da Diretora de Programas do Núcleo Provincial de Combate ao VIH/SIDA, entidade do Governo da Cidade de Maputo que implementa a resposta nacional a epidemia do VIH/SIDA através das ações do Plano Estratégico Nacional de Combate ao VIH/SIDA 2014-2019. Os contactos com o NPCPS iniciaram em Agosto. Em Novembro de 2015 obtivemos parecer favorável do Conselho Científico da Faculdade de Medicina e autorização para a submeter o protocolo ao CIBS FM&HCM de 2015. A 11 de Março de 2016 obtivemos a aprovação pelo CIBS FM&HCM. A indicação das associações com que trabalhamos para o recrutamento das mulheres ocorreu no mês de Março após receber a notificação da aprovação do protocolo.

3.4. A recolha de dados

O trabalho de campo junto as associações e outros lugares escolhidos pelas mulheres decorreu entre os meses de Abril e julho de 2016.

Utilizou-se um questionário sociodemográfico e guião de entrevista semiestruturada [125, 126]. Este tipo de entrevista é vantajoso pois permite alargar o campo de investigação e facilita a recolha de informações e elementos de reflexão de maior substância, para além de permitir o contacto direto com o interlocutor. Permitiu ainda obter uma troca de pontos de vista, ideias, experiências, bem como o desenvolvimento e a compreensão das relações entre as atoras sociais, que fazem parte de nossa pesquisa, e sua situação de infetadas pelo VIH. A importância de usarmos esta técnica está também no facto de as entrevistadas estarem enredadas em relações sociais que são importantes para elas, no trabalho, na vida da comunidade e em qualquer outro lugar [119, 127, 128].

O instrumento era constituído por dois conjuntos de questões, o primeiro era o questionário sociodemográfico (Anexo) para a recolha de dados para caracterização sociodemográfica, sendo que incluía questões como: idade, escolaridade, ocupação, religião, estado Civil e local de residência). O segundo conjunto era de questões abertas do guião de entrevista semiestruturado (Anexo) incluía perguntas que permitiram recolher elementos para a descrição e análise a experiência vivenciada pelas mulheres infetadas pelo VIH e que constituíram as três dimensões do estudo: vulnerabilidade

individual (por exemplo: múltiplos parceiros, relações sexuais desprotegidas, situações de violência, práticas culturais, etc.), vulnerabilidade social (por exemplo: desigualdade de género, impacto da doença e morte do cônjuge, estigma e discriminação, etc.) e vulnerabilidade programática (por exemplo: acesso e utilização dos serviços de saúde e o papel das entidades de suporte).

Foi realizado um pré-teste ao guião de entrevista com uma duração média de 35 minutos, em português com 10 mulheres VIH positivas, no Centro de Saúde 1 de Maio na Cidade de Maputo, cuja vocação dos serviços é o atendimento às mulheres VIH positivas. Este ensaio ao instrumento teve como objetivo avaliar os procedimentos da recolha de dados e o guião de entrevista em termos de sequência e clareza das questões. Algumas dificuldades de compreensão das questões no guião foram identificadas, devido aos temas e termos usados, o que levou à reestruturação das questões. A posterior repetiu-se o teste ao guião em 3 mulheres no Centro de Saúde também na Cidade de Maputo da Malhangalene, com o instrumento reestruturado e os procedimentos programados se mostraram adaptados ao grupo alvo e aos objetivos do estudo. Estas entrevistas de pré-teste final duraram em média 40 minutos pois visavam observar o tempo que levariam as entrevistas no total. As entrevistas individuais tiveram em média uma duração de 45 minutos que foi dado as mulheres uma maior liberdade para se expressarem.

3.5. Os procedimentos de recolha de dados

O convite para as entrevistas foi feito pelo investigador e por uma ativista de cada associação. No dia anterior ao marcado para a entrevista, o investigador telefonava para reconfirmar a entrevista e o local da mesma.

Selecionaram-se as mulheres que foram referidas pelos pares porque este é um tema complexo e as mulheres infetadas pelo VIH para fazerem parte do estudo. Acabaram sendo recrutadas mulheres com baixa escolaridade e rendimentos baixos, porque este segmento da população é o que mais recorre ao associativismo.

Foi preciso o apoio de uma membro de cada associação no ato da entrevista, dado que o investigador era homem e o trabalho ser sobre a saúde de mulheres. Por outro lado, as

associações tinham interesse em proteger os seus associados. Para reverter a possível influência deste membro, justificamos o caráter eminentemente acadêmico da pesquisa, bem como garantimos o total anonimato das participantes, sigilo e confidencialidade das informações que elas compartilharam durante as entrevistas.

Todas as entrevistas foram gravadas, após o consentimento das participantes, e o material obtido foi guardado de forma segura com garantia de privacidade e confidencialidade.

3.6. A análise de dados

Neste estudo utilizou-se como técnica, a análise de conteúdo [127-129]. As entrevistas gravadas em áudio foram transcritas pelo investigador. Depois procurou-se captar as interpretações do cotidiano dessas mulheres que espelham os objetivos da nossa pesquisa – as experiências/vivências das mulheres infectadas pelo VIH [130]. Na transcrição das entrevistas tivemos em conta as pausas, os risos e as reticências no decurso da interação entrevistador-entrevistada, aspetos importantes para compreensão das respostas. Feitas as transcrições, fez-se uma leitura das entrevistas com vista a destacar os elementos que se repetiam entre as distintas entrevistas.

Partindo de uma análise crítica da revisão de literatura sobre esta temática e dos temas identificados no decurso da análise efetuada às quarenta e duas entrevistas foram identificadas, para cada uma das dimensões tratadas – “vulnerabilidade individual”, “Vulnerabilidade social” e “Vulnerabilidade programática”, as respetivas categorias e subcategorias, que apresentamos numa tabela no início da apresentação dos achados de cada dimensão [58, 131-133].

Em seguida, comparámos as respostas e assim procurou-se os temas com conteúdos comuns e que se repetiam. Finalmente, realizou-se uma análise categórica, tendo em conta as dimensões de análise previamente definidas (vulnerabilidade) e os objetivos da investigação [119, 134].

Os relatos verbais referentes às dimensões de análise (vulnerabilidades) foram categorizados a partir do conteúdo das entrevistas, tomando por base os resultados das análises para a identificação e nomeação das categorias. Efetuou-se, ainda, a seleção de

trechos de relatos dos participantes para ilustrar as categorias e subcategorias identificadas [135]. Assim, na apresentação dos resultados de uma dada categoria ou subcategoria foram citados um ou mais excertos das entrevistas que melhor ilustram o aspecto em descrição. No fim de cada discurso e de forma a assinalar as participantes encontram-se as iniciais do nome de cada entrevistada e a idade. Todavia, as iniciais foram colocadas de forma aleatória de modo que não seja possível a identificação das participantes.

3.7. As considerações éticas

O estudo foi aprovado pelo Comité institucional de Bioética em Saúde da CIBS FM&HCM. A participação no estudo foi de carácter voluntário. Todas as mulheres participantes da pesquisa assinaram um consentimento informado, após a explicação e esclarecimento de eventuais questões relacionadas com o estudo. Este consentimento foi obtido depois de serem lidos os objetivos da pesquisa e perguntado à potencial participante se dava o seu acordo e no caso afirmativo foi lhes entregue a folha do consentimento para assinar (Anexo). Os nomes citados no texto da apresentação dos resultados são siglas fictícias, de forma a proteger a identidade das entrevistadas.

As participantes foram recrutadas em duas associações de Mulheres Vivendo com VIH/SIDA pelos seus pares. Como garantia de confidencialidade e anonimato algumas mulheres escolheram para o ato da entrevista um lugar como a sua casa, uma sala na associação que permitia alguma discrição e um horário considerado de menor afluxo de terceiros. Embora os temas, tratados nas entrevistas, pudessem suscitar algumas inquietações, o estudo não envolveu questões estigmatizantes ou que podiam causar desconforto. Todo o esforço foi empreendido no sentido de facilitar a comunicação, como por exemplo procurar empregar linguagem acessível e o menos coloquial possível, para que as participantes ficassem confortáveis em responder às questões da entrevista. Foi também assegurado que toda a informação recolhida seria confidencial e anónima, enfatizando que as suas respostas seriam apenas acessíveis ao investigador e que as participantes não seriam identificadas. Também foi informado às mulheres que as suas informações não resultariam em nenhuma ação que perturba-se o seu bem-estar. As pessoas entrevistadas beneficiaram de um apoio monetário para custear despesas de transporte e lanche ou uma refeição. Os dados recolhidos foram codificados

(anonimizados) e o processamento dos mesmos foi restrito ao investigador que os conservou em lugar fechado na Faculdade de Medicina da UEM.

CAPITULO IV: RESULTADOS

No âmbito deste estudo realizaram-se quarenta e duas entrevistas. Começámos por fazer a caracterização sociodemográfica das participantes e em seguida a análise das dimensões em estudo. As categorias de análise criadas para a apresentação dos resultados resultam de uma análise crítica da revisão de literatura sobre esta temática e dos temas abordados e discutidos no contexto das entrevistas. Nas várias categorias são apresentados extratos dos discursos de forma a ilustrar os significados atribuídos pelas mulheres.

Perfil sociodemográfico das mulheres entrevistadas

A tabela 1, apresenta o perfil das mulheres entrevistadas. Em relação à idade, a maioria das participantes tinha acima de 35 anos (83.3%) das quais destacamos 28.6% que tinham 50 ou mais anos idades. Um pequeno grupo, correspondente a 16.7%, tinha idade inferior a 35 anos. Uma proporção elevada (54.8%) das mulheres afirmou nunca ter estudado, sendo a escolaridade mais alta tida pela maioria mulheres a primária. Todas as participantes afirmaram não possuir emprego formal. A religião predominante é a protestante/Evangélica (73.8%), seguindo-se a católica (14.3%) e São/Zione (11.9%). No que diz respeito à situação marital encontramos uma maioria (40.5%) de mulheres viúvas, 26.2% que são casadas/vivem maritalmente e 16.6% divorciadas, mulheres que nunca casaram 11.9% e por último com pouca expressão mulheres que não vivem juntos 4.8%. Procurou-se conhecer alguns aspetos da saúde sexual e reprodutiva das mulheres participantes, pelo que foram questionadas sobre o uso de contraceptivos, uma parte (54.8%) afirmou não utilizar e outra (45.2%) revela seu uso. Relativamente ao uso do preservativo uma parte significativa afirmou usar o preservativo e outra 38.1% não usava e vimos ainda que o preservativo mais usado/conhecido é o masculino (83.4%). Procurou-se conhecer a história obstétrica das mulheres perguntando-lhes “quantas vezes engravidou?”, tendo a maioria reportado que engravidou entre 3 a 4 vezes, o que para muitas delas correspondia ao número de filhos que tinham no momento da entrevista. A idade média de início da atividade sexual foi de 17 anos. Todas as participantes realizaram o teste do VIH nas unidades sanitária do SNS, afirmam terem-se infetado por prática de sexo vaginal não protegido, estão em

TARV, adquirem o tratamento no SNS, onde também recorrem para tratar todos os seus problemas de saúde.

Tabela 1: Perfil sociodemográficas das participantes no estudo

Características sociodemográficas		n=42	%
Grupo etário	15-19	0	0
	20-24	2	4.8
	25-29	1	2.4
	30-34	4	9.5
	35-39	11	26.2
	40-44	5	11.9
	45-49	7	16.6
	50+	12	28.6
Escolaridade	Sem escolaridade	23	54.8
	Primária	15	35.7
	Secundária	4	9.5
Ocupação	Domésticas (Vendedeira, atividades doméstica)	42	100
Religião	Católica	6	14.3
	Protestante/Evangélica	31	73.8
	Sião/Zione	5	11.9
Estado Civil	Nunca Casou	5	11.9
	Casada/Vive Maritalmente	11	26.2
	Viúva	17	40.5
	Divorciada	7	16.6
	Não vivem juntos (tem uma relação mas não vivem juntos)	2	4.8
Uso de Contracetivos	Sim	19	45.2
	Não	23	54.8
Uso de preservativo	Sim	26	61.9
	Não	16	38.1
Tipo de preservativo	Masculino	35	83.4

	Feminino	6	16.6
Quantas vezes engravidou?	0	0	0
	1 - 2	10	23.8
	3 - 4	22	52.4
	5+	10	23.8
Idade média de início da sexualidade		17	
Onde fez o teste do VIH	Serviço Nacional de Saúde (Centro de saúde, Hospital e posto de saúde)	42	100
Como se infetou	Sexo vaginal não protegido	42	100
Esta em TARV	Sim	42	100
	Não	0	0
Onde adquire os ARV's	Hospital/CS Publico	42	100
Onde trata as doenças	Posto de saúde do estado	42	100
	Centro de Saúde do Estado		

Em seguida apresentam-se os resultados das dimensões em estudo.

Vulnerabilidade Individual

Neste ponto apresentamos os resultados relativos a vulnerabilidade individual sistematizados na tabela 2. Esta vulnerabilidade compreende os aspectos biológicos, emocionais, cognitivos, atitudinais e referentes às relações sociais. Por outro lado a vulnerabilidade individual diz respeito a determinados comportamentos e atitudes que criam uma maior oportunidade de infecção e adoecimento, além de considerar a correlação existente entre o grau de consciência que os indivíduos neste as mulheres têm acerca da infecção pelo VIH/SIDA e o poder de transformação desses comportamentos e atitudes.

Tabela 2: Vulnerabilidade Individual

Dimensão	Categorias	Subcategorias
Vulnerabilidade Individual	* Múltiplos parceiros sexuais	
	* Relações sexuais desprotegidas	
	* Práticas culturais	* <i>A Kutchinga</i>
		* A Crenças em curandeiros
	* O consumo de substâncias psicoativas e adoção de comportamento sexuais de risco	
	* Práticas sexuais transacionais	
	* Situações de violência	* Perceção sobre violência
		* Episódios de violência
		* Formas de violência
		* Consequências da violência contra a mulher

Múltiplos parceiros sexuais

Entre as mulheres há reconhecimento de que as relações sexuais com múltiplos parceiros são um problema e que contribuem para a alta prevalência do VIH/SIDA na região sul de Moçambique (Província de Maputo/Gaza/Inhambane). As mulheres acham que os homens é que têm muitas parceiras sexuais. Contudo, elas concordam que as mulheres também têm relações extraconjugais. Um exemplo referido foi sobre maridos que trabalham como mineiros na África do Sul e deixam suas esposas longo tempo. E porque as mulheres ficam com a responsabilidade de cuidar dos filhos sozinhas, sem rendimentos nem fontes para o seu sustento próprio recorrem a relações extraconjugais em busca de quem possa satisfazer suas necessidades materiais.

Esta é uma subcategoria que está no âmbito de indicadores socio-comportamentais. Os discursos citados em seguida referem-se aos comportamentos individuais que afetam direta ou indiretamente a expansão da infecção VIH, na medida em que descrevem o comportamento sexual das mulheres bem como dos homens em virtude das redes sexuais que criam ao ampliarem o número dos seus parceiros sexuais. Uma participante realçou maior responsabilidade dos homens.

“...a nossa suscetibilidade é aumentada pelo comportamento dos homens pois eles têm como práticas a acumulação de parceiras para além da própria esposa, embora as mulheres também possam ter amantes...”(CJM, 64 anos)

“...é a mulher porque há mulheres que não param num único homem andam em todo lado e acabam se encontrando com parceiros que não estão bem em termos de saúde e elas não têm como saber disso...”(TA, 40 anos)

O depoimento abaixo mostra-nos que há uma relativa ignorância sobre a necessidade de realizar o teste do VIH com regularidade o que culmina com um diagnóstico tardio da infecção, tornando assim a vulnerabilidade da mulher ainda maior. E isto acontece porque só percebem da necessidade de realizar o teste assim que aparecem manifestações físicas

que indiciam a ocorrência de determinadas doenças, que muitas vezes estão relacionadas á presença da infecção pelo VIH/SIDA. Uma das participantes refere:

”....as mulheres ficam a saber do seu estado quando o seu corpo começa apresentar queixas e doenças isto porque as mulheres não se reservam...”(TA, 40 anos)

Relações sexuais desprotegidas

As participantes demonstram ter conhecimentos no geral sobre a problemática do VIH/SIDA. Mas constata-se que em relação a questões específicas, como níveis de perceção de risco, pelas mulheres, ainda são baixos, o que conduz a comportamentos de risco como não uso do preservativo. Fraco poder detido pelas mulheres para negociar o uso do preservativo também constitui um fator de risco.

Relativamente às práticas sexuais de risco, evidencia-se uma entrevistada, que considera que as mulheres têm conhecimento da existência do preservativo e da importância do seu uso, bem como a intenção de o usar. Porém, têm de enfrentar ou lidar com a recusa por parte dos homens em usá-lo, pois o preservativo é muitas vezes interpretado como símbolo da promiscuidade, logo negociado negativamente. Esta mulher mostra-nos que o potencial de mudança está mais concentrado no homem do que da mulher.

“...já assisti uma conversa de um homem que tinha pego a mulher e que dizia que deviam ir naquele momento para ter relações sexuais foi quando ela aceitou e disse que estava bem, mas que ele devia ir arranjar preservativo. O homem não concordou e disse que isso não interessava nada pois ele queria sentir-lhe apenas naquele momento...então já vii ele não sabia o estado dela e nem ela sabia como ele estava...”(ITC, 35 anos)

De acordo com o depoimento de uma outra mulher, elas de uma forma generalizada assumem que não são capazes de impor aos homens a adoção de comportamentos sexuais saudáveis, por causa da sua dependência económica em relação aos homens. Tal

faz com que sejam impostas relações sexuais desprotegidas o que é fator de risco para a infecção pelo VIH.

“...há mulheres que aceitam o sexo desprotegido com medo de perder este homem que a sustenta...depois vai ter relações com a mulher em casa...” (JEC, 57 anos)

A mesma participante alega que a resistência ao uso do preservativo é maioritariamente associada ao homem em comparação com mulheres.

“...é comum os homens não aceitarem o seu estado de VIH positivo e vão mantendo relações sexuais com várias parceiras e como já sabem que estão PVVIH sugerem sempre relações sexuais sem preservativo e aqui a culpa é dividida...”(JEC, 57 anos)

Práticas Culturais

A Kutchinga

As participantes revelam que a *Kutchinga*, é uma prática cultural tradicional comum na região sul de Moçambique e é tida como sendo um fator impulsionador da vulnerabilidade feminina à infecção pelo VIH. Em síntese, este é um ritual que exige que a mulher que recentemente perdeu o marido tenha relações sexuais (obrigatoriamente sem proteção) com o irmão mais novo de seu falecido marido, sendo esta prática justificada para fins de “purificação”, e para evitar uma grande “tragédia” dentro da família. Esta purificação sexual ou *Kutchinga* é decidida, passado 8 dias a 24 meses após a morte do seu marido, em uma reunião ou assembleia familiar em que estão presentes as pessoas idosas da família. Esta é uma prática registada também em outros pontos do país, mas com outras denominações (em Sofala, por exemplo, temos a *kupita kufa*).

“...no kutchinga tradicionalmente trata-se de uma cerimónia em que se devem manter relações sexuais obrigatoriamente sem o

uso do preservativo e isso é um risco. Não sabemos se está de boa saúde aquela pessoa que deve ser tchingada e também não sabemos se o homem que deve fazer o kutchinga está também de boa saúde...”(RB, 58 anos)

Segundo uma participante, o fato de esta cerimónia ou ritual envolver a prática de atos sexuais constitui por si um risco na medida em que há dúvida sobre as razões da morte do companheiro, e em caso de se tratar de uma morte por doença infecciosa nada garante que ela não possa ter esta doença. Por outro lado e uma vez que este ato sexual, a ser praticado neste ritual, deve obrigatoriamente ser feito sem uso de preservativo isso coloca também em risco a mulher e o homem que vão participar deste cerimonial.

“... Porque que é que perdeu o seu parceiro?...pode acontecer que aquela outra pessoa tinha um VIH...ou talvez tinha uma outra doença contagiosa e vai tchingar né e transmitir á outra pessoa...”(EM, 46 anos)

Uma mulher referiu que as cerimónias de purificação das viúvas são feitas como atos inevitáveis de acordo com os seus promotores.

“...um que eles vão arranjar para ti para você ir fazer kutchinga porque elas não te aceitam se não o fizeres e dizem mesmo quando você não faz isto você vai ficar doente com tuberculose. Então quem iria se ariscar com isso...”(GAL, 35 anos)

Uma participante, referiu que na sua família, o *kutchinga* não é praticado, o que significa que com a morte do marido a mulher é libertada para recomeçar sua vida.

“...essa tradição não é boa, isso não é bom na minha família não se aplica o Kutchinga, quando uma mulher fica viúva dizem que a pessoa deve seguir a sua vida livre, mas já vi mulheres a serem obrigadas...”(CAM, 38 anos)

Como indica o discurso que em baixo citamos, o casamento forçado é endémico em Moçambique, o que quer dizer que se está perante um fenómeno habitual e de grande

incidência também em Maputo. Estes casamentos são reveladores de desigualdade e de violência de género, acima de tudo, da discriminação na maneira como as famílias e as sociedades tratam as mulheres, sobretudo as viúvas que são obrigadas a casar novamente com um elemento da família muitas vezes justificados também pela necessidade de preservar a continuidade da família.

“...contribui é que uma mulher quando perde o marido aqui em casa as famílias reúnem e exigem que este papel a mulher deve assumir e dedicar-se querendo ou não....deve ter um homem daqui de casa mesmo...”(GAL, 35 anos)

Como afirmou uma participante em caso da morte do marido, a família solícita que esta mulher seja recasada na mesma família. Porém, esta situação configura exposição a uma possível reinfeção dado que há sempre dúvidas sobre as razões da morte do seu marido. Por outro lado, não é seguro para este homem casar com esta mulher pois pode se estar perante uma viúva em decorrência de uma morte por VIH/SIDA

“....com a morte do marido deve ser casada por outro homem da família do falecido, mas vejo como uma coisa má porque pode ser que o tal homem tenha mulher e isso vai criar problemas no futuro pois assim que a primeira esposa detetar algum problema mesmo de saúde vão dizer que a causa sou eu...”(RC, 40 anos)

“...isso até pode ser para o caso de o homem adoecer vai ficar a dúvida sobre quem transmitiu-lhe o VIH e nunca pensam na possibilidade de até o homem estar infetado antes da cerimónia ou de ter relações sexuais comigo...”(CAM, 38 anos)

Consentâneo com o conhecimento popular, para as participantes, a morte é geralmente vista como uma força “contaminante” ou “poluente”. Assim, passado o período de luto, é preciso realizar um conjunto de rituais de purificação para que as pessoas retomem suas vidas normais. São variadas as formas que assumem os ritos de purificação, dependendo do tipo da morte, do estatuto social do morto, da região do país onde ela ocorre.

No caso da morte do marido no Sul de Moçambique diz-se que a mulher tem *ndzaka*, isto é, está poluída ou impura. O ato da purificação, entre outros aspetos, tem na realização do ato sexual (*Kutchinga*), o ponto culminante, devendo a mulher dormir com outro homem, de preferência parente mais próximo do defunto.

Considera-se esta prática mais enraizada na província de Gaza. Na província de Manica, onde esta prática também ocorre, ela é chamada de “*pita kufa*” ou “*pita nhaka*” e o ritual é o mesmo. O conselho da família escolhe a pessoa com quem a viúva deve manter relações sexuais. Na Zambézia, o fenómeno é conhecido por “*okaka*”.

Em todas as situações, essa relação marca o momento de passagem do estado de impureza em que a família se encontra, para o estado da normalidade. Esta prática de relações sexuais forçadas constitui violência uma vez que a mulher não tem escolha. Por outro lado expõe ambos os intervenientes no ato sexual ao risco de infeção pelo VIH/SIDA.

A Crença em curandeiros

Foram referidas práticas culturais como uso da medicina tradicional, em que a utilização de instrumentos perfuro-cortantes aumentam risco de infeção pelo VIH. As participantes mencionaram que os instrumentos usados nesses procedimentos “curativos” não são esterilizados, sendo que estes são feitos por curandeiros e pessoas leigas, e não por profissionais de saúde.

“... só ficamos claros aqui na associação de que esses curandeiros não curam VIH e aqueles tratamentos com aqueles objetos não tratados podem nos passar a infeção...”(LV, 52 anos)

“...Vai para curandeiros...a maneira como se apanha VIH é a mesma para homens e mulheres, mas são vários os caminhos que podem ser sexo sem preservativo, como uso de objetos cortantes como lâminas nos curandeiros que às vezes já foi utilizada para tratar outra pessoa ...”(LV, 52 anos)

Uma participante refere que quando as pessoas adoecem o seu primeiro recurso são os curandeiros, para além da medicina convencional. A utilização de instrumentos cortantes ou perfurantes sem esterilização prévia aumenta o risco de disseminação do VIH/SIDA. Assim, o MISAU implementou uma política de medicina tradicional e desenvolve formação dos curandeiros para o cumprimento das normas de biosegurança processo terapêutico da medicina tradicional, como as “vacinas”, as tatuagens e a circuncisão, masculina onde esta prática ocorre.

“.... nos nossos bairros onde há muitos curandeiros onde muitas de nós perdemos tempo em tratamentos sem nos apercebermos que eles estão muitas vezes a tratar de algumas doenças relacionadas com o VIH e não o próprio VIH...” (SSM, 47 anos)

O consumo de substâncias psicoativas e adoção de comportamento sexuais de risco

A relação entre o uso de drogas e a propagação do VIH/SIDA, foi considerada pelas mulheres entrevistadas. No seu entender, a problemática das drogas e do álcool está ligada aos comportamentos e práticas após o consumo destas substâncias que possam resultar no risco direto à infeção pelo VIH/SIDA.

Entende-se que uma vez que o estado psicológico do consumidor de droga pode estimular o aumento de comportamento sexual de risco, infere-se que este grupo corre maiores riscos de contrair o vírus ou infetar seus parceiros. Neste sentido, o uso de drogas está no mesmo patamar que o consumo de álcool, sendo ambos catalisadores de comportamentos sexuais de risco.

Um outro relato refere que o consumo de álcool e de drogas são fatores de vulnerabilidade à violência. De acordo com o que conta esta mulher, estas substâncias tiveram para uma jovem consequências adversas no que diz respeito à sua segurança. Com efeito, a ingestão de álcool pela rapariga fez com que ela não fosse capaz de escapar à agressão física e sexual. Dado que o álcool e as drogas têm um potencial de desinibição de comportamentos, reduzindo os reflexos, a vergonha e o medo que o

agressor pode experimentar depois do abuso, pode ter facilitado adoção de comportamentos violentos pelo jovem.

“...há uma jovem na zona que consumiu álcool e as tais drogas e ficou a dormir na rua e foi recolhida por 5 jovens que a levaram para uma casa em construção onde violaram na sexualmente...”(AJM, 55 anos) e deixaram-na em muito mau estado...”(AJM, 55 anos)

Uma outra participante mencionou que o uso abusivo de bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas constitui problema relevante, como as denominadas drogas ou substâncias psicoativas ilícitas, como a canábis e haxixe, que se presume serem as mais consumidas na cidade de Maputo.

“...fumar é um risco sim porque cria vontade de consumir outras drogas como soruma (canábis) que é mais comum de se ver os jovens a consumir mas também já vi no bairro alguns raparigas e rapazes que consomem haxixe que ao que tudo indica é uma droga mais forte visto que eles ficam muito alterados, descontrolam-se e dormem na rua...” (AJM, 55 anos)

“... isto é consumido conjuntamente com o álcool e assim podem ter relações sexuais sem pensar ou mesmo com um estranho devido ao estado em que ficam....” (AJM, 55 anos)

Práticas sexuais transacionais

No âmbito geral de análise da vulnerabilidade à infeção pelo VIH, existem locais de concentração ou fluxos de pessoas que, independentemente da sua origem e fins específicos, criam condições, oferecem oportunidades e se tornam lugares propícios para a disseminação de práticas que aumentam o risco e de transmissão da infeção pelo VIH. Tais lugares incluem os mercados informais e barracas, estabelecidos espontaneamente,

sem estruturação física e organizacional que se tornam centros de práticas sexuais de risco, incluindo o comércio do sexo nos bairros de Maputo.

Vimos que do ponto de vista da ocupação profissional, a maior parte das mulheres declarou ser “vendedeira” em mercados informais e em bancas que são colocadas na frente ou nas suas moradias ou cercarias das suas residências. Estas são atividades de enfrentamento do cotidiano, num mundo da vida em que os obstáculos para a sobrevivência são muitos e as realizações pessoais poucas. Tudo isto reforça a situação de vulnerabilidade em determinados lugares como mercados que são habitualmente lugares de concentração de muitas pessoas entre vendedeiras, compradoras, fornecedores, “gay gay” (carregadores) e pessoas deambulando aparentemente sem destino, nem objetivo. O que é ilustrado pelo depoimento que destacamos.

“...no mercado há risco sim porque os homens conquistam as mulheres a troco de dinheiro por exemplo os camionista que trazem tomate andam atrás das mulheres que compram o tomate para a revenda...” (CAM, 38 anos)

Podemos constatar que no contexto observado há duas formas de sexo comercial: aquele que envolve as trabalhadoras do sexo cuja base de sustento é, assumidamente, a venda de serviços sexuais em locais como ruas conhecidas ou zonas comerciais, e a prostituição ocasional, em que as mulheres fazem-no de forma esporádica e em função das oportunidades que surgem para angariar dinheiro. E a que inclui uma componente de abuso de menores, envolve raparigas mais novas. Algumas destas raparigas têm 12 a 18 anos de idade.

Segundo as mulheres, embora nos dois tipos se evidencie uma combinação de fatores como a pobreza e a desestruturação familiar, a construção das novas identidades baseada nos valores da sociedade de consumo, leva as mulheres, principalmente raparigas jovens, a envolver-se sexualmente com homens de posse em troca de bens materiais.

No mercado de sexo, estas raparigas procuram os ganhos que de outro modo não podem alcançar, enquanto os homens procuram prazer sexual como forma de exercício de

poder económico que detêm. Na realidade, são os homens com recursos financeiros, portanto que podem pagar, que alimentam este tipo de negócio. Acredita-se em certos círculos sociais que ter uma rapariga jovem não só confere um certo “estado” a este homem como também faz parte do exercício da masculinidade.

Os lugares de concentração de pessoas sobretudo os de diversão que se situam junto aos mercados, que são constituídos por barracas de material precário, e casa de pasto, que para além de serem locais de consumo de álcool, é bastante comum encontrar algumas que serve para a prática de atividades sexuais transacionais, como o ilustra o depoimento que citamos.

“...ali atras do mercado tem uma barracas que vendem comida e bebida e os homens assim como as mulheres quando já estão bêbados já não levam nada a sério e no estado de embriaguês procuram sempre por mulheres e as que estão naquele lugar são as mais fáceis porque também já não estão conscientes...”
(CAM, 38 anos)

Situações de violência - Perceção sobre violência

As mulheres pensam que a violência contra elas tem sido encarada como um dos problemas mais graves do país e de facto é uma das mais sérias barreiras ao seu desenvolvimento.

Na opinião das entrevistadas, apesar de a mulher desempenhar um papel fundamental na manutenção e desenvolvimento da família e da sociedade, ela é a habitual vítima de violência perpetrada pelos homens. As vítimas mostram-se relutantes em apresentar queixas juntos dos órgãos competentes por vergonha, receio de expor as suas famílias. Para além da violência, a mulher é também vítima de muitos outros males socioculturais e económicos, tais como a pobreza absoluta e o analfabetismo, como resultado do desrespeito dos seus direitos e deveres pela sociedade.

A maioria das participantes referiu nunca ter sido vítima de violência doméstica mas referem que é sabido que esta é uma prática enraizada na sociedade e continua a ser considerada como um problema privado, isto é, como um assunto que apenas diz respeito ao casal e sua família e há a percepção generalizada do recurso a violência no contexto doméstico como legítimo.

“...pessoalmente não posso me referir a violência pois nunca me aconteceu...”(CRS, 49 anos)

“...não nunca fui forçada a manter relações sexuais...”(CJM, 38 anos)

Episódios de violência

Uma mulher relatou ter sido agredida na rua. Nesta agressão também houve tentativa de violação sexual. Sucedeu que durante a sua caminhada em direção à sua residência foi interpelada por 3 jovens que entre as ameaças com uma faca também falavam em ter relações sexuais com a mulher como moeda de troca da salvaguarda da sua integridade física.

“... já fui agredida com tentativa de violação. Regressava da igreja ao entardecer e a meio do caminho deparei-me com 3 jovens que diziam que eu devia manter relações sexuais com os 3 caso não quisesse eles utilizariam a faca que me mostraram. E era uma faca enorme de cabo vermelho e que a escolha estava nas minhas mãos ou mantinha as relações sexuais ou morria. E eu respondi que em caso de eu ter feito algum mal aceitava ser forçada mas de contrário eu não aceito de forma alguma....”(GAM, 35 anos)

Uma forma de violência identificada foi a agressão física, um ato perpetrado com a intenção de fragilizar a mulher o que facilitaria o ato sexual não consentido, tendo a intenção de causar dano físico à mulher.

O espaço de rua quando utilizado no período noturno constitui um lugar de vulnerabilidade dada a situação de insegurança para as mulheres tidas como pessoas indefesas. A violência é neste caso exercida por indivíduos desconhecidos.

De facto, trata-se de um caso delicado e embaraçoso, razão por que as vítimas não o revelam confortavelmente, pois as mulheres evitam o rótulo de “mulher violada”.

“...gritei e os vizinhos saíram á rua e os homens avançaram para frente, entretanto eu fiquei parada e ao retomar a caminhada encontrei-os mais adiante e agarraram-me e de novo gritei e bateram-me. Mas mesmo assim fui pedindo socorro enquanto segurava a mãos do que tinha a faca eles fugiram ao ver os vizinhos saírem....”(GAM, 35 anos)

Formas de violência

As nossas entrevistadas indicam a ocorrência de diversas formas de violência, de que outras pessoas foram vítimas e que foi de domínio público. São situações que de acordo com os relatos que citamos combinaram duas ou mais formas de violência como por exemplo o caso da violação sexual que foi antecedida de agressão física e que culminou com assassinato.

“...conheço uma história de violência que me chocou muito não só a mim mas o bairro todo....” (CRS, 49 anos)

“...uma rapariga regressava da escola á noite e foi interpelada por um grupo de homens que a espancaram, violaram-na sexualmente e posteriormente assassinaram-na e colocaram o seu corpo á entrada da sua casa...foi muito violento pelas marcas que o corpo tinha...”(CRS, 49 anos)

Numa outra passagem refere-se que esta foi uma história muito violenta que chocou quem vivenciou e a sociedade de uma forma geral. Mostrando isto que o fenómeno da violência e seus impactos são visíveis de fato por uma parte significativa da sociedade.

Encontrámos uma pessoa sem nenhuma experiência direta com a violência, mas que compartilha com a comunidade as mesmas angústias e sentimentos de insegurança de quem já foi vítima de violência física por ter consciê da possibilidade de vir a ser também ela vítima de violência.

Consequências da violência contra a mulher

A narrativa de uma mulher aponta para uma classificação das consequências da violência em três espécies: em primeiro lugar situam-se as consequências físicas, que resultam da violência física infligida sobre as mulheres e compreendem hematomas, escoriações, incisões e cicatrizes ao longo do corpo da vítima. Em segundo lugar, as consequências psicológicas, fundamentalmente relacionadas com sentimentos de depressão, timidez, perda de autoestima, medo dos homens, ansiedade, vergonha, perda de confiança nas pessoas entre outras consequências. E, por último, as consequências sociais que se relacionam com a privação da liberdade e ao isolamento resultante da dificuldade de interagir com outrem.

“...deixaram-na em muito mau estado...com ferimentos no corpo...já viu agora como ela deve se sentir...dizem que anda calada...” (AJM, 55 anos)

Uma mulher expõe a possibilidade de haver associação entre sofrer ou ter sofrido violência física ou sexual e estar sob suspeita ou confirmação de infeção pelo VIH. Esta mulher coloca também que não é de excluir a associação reversa, pois a violência pode ter ocorrido após a infeção pelo VIH, o que coloca também o perpetrador da violação em risco de ser infetado. A violência sexual (sexo forçado), no caso, acarreta também, maior vulnerabilidade à infeção por doenças sexualmente transmissíveis, uma vez que, geralmente, ocorrem sem uso de preservativo.

“...acho que a violência pode influenciar na infeção por VIH porque uma pessoa que faz violação sexual nós nunca sabemos se está doente nem ele sabe se esta mulher está doente...” (GAM, 35 anos)

Vulnerabilidade Social

Os resultados da análise dos dados qualitativos relativos a vulnerabilidade social estão sistematizados na tabela 3. A vulnerabilidade social é caracterizada por aspectos fortemente influenciados pelos costumes culturais, sociais e econômicos que determinam as oportunidades de acesso a bens e serviços. A vulnerabilidade social diz ainda respeito ao acesso à informação, a educação aos serviços de saúde, aos aspectos sociopolíticos e culturais, ao grau de liberdade de pensamento vs poder de decisão pelas mulheres, às condições de bem-estar social e cidadania, entre outros.

Tabela 3: Vulnerabilidade Social

Dimensão	Categoria	Subcategorias
Vulnerabilidade Social	* Desigualdades de gênero	* Maior risco de infecção da mulher face ao homem
	* Impacto da doença e morte do cônjuge	* Prática ilegal de usurpação dos bens
	* Estigma e discriminação	* Discriminação no espaço familiar Discriminação no espaço público
	* Ocultação da seropositividade pelos parceiros	

Desigualdade de gênero

De forma generalizada, as mulheres têm o entendimento de as sociedades concedem papéis e responsabilidades, prevendo comportamentos e expectativas distintas para mulheres e homens. Distinção que tem implicações diretas em questões práticas,

estruturais, culturais, tradicionais e fomenta a desigualdade de género. Na medida em que, as mulheres têm menos poder de participação e tomada de decisão, menor acesso aos recursos e serviços e os costumes exercem barreiras no exercício dos seus direitos.

De acordo com algumas subcategorias analisadas, vimos que por exemplo as mulheres têm uma fraca capacidade de negociar o uso do preservativo devido á sua fraca condição socioeconómica. Vimos que esta está sujeita a relações sexuais desprotegidas em virtude de ser uma prática recorrente nos casos das cerimónias de purificação de viúvas, o que permite afirmar que em Moçambique especialmente em Maputo há uma forte desigualdade de género que resulta em violência sexual. Esta situação também muitas vezes na culpabilização da mulher pela infeção pelo VIH. Por outro lado, é permitido aos homens se relacionarem com várias mulheres ao mesmo tempo, sem que estes comportamentos sejam condenados. Já as mulheres são frequentemente acusadas de envolvimento extra-conjugal.

Por outro lado, as mulheres esforçam-se em partilhar o diagnóstico de VIH, embora tenham clareza que isso possa resultar em questionamentos e acusações de adultério, repulsa e culpabilização pela infeção. De acordo com o que disseram as nossas participantes, os homens não aceitam acompanhar a mulher á consulta, não respondem ao convite para realizar o teste o que resulta em danos maiores para a sua saúde e da mulher. Os homens acabam frequentemente por rapidamente degradar o seu estado de saúde e encontrar a morte por SIDA.

“...as mulheres apanham o VIH mais depressa do que os homens...porque os homens escondem para as suas mulheres...”(AJM, 35 anos)

Maior risco de infeção da mulher face ao homem

Aspetos de natureza sociocultural constituem determinantes importantes na ampliação do risco de infeção pelo VIH nas mulheres estudadas. Dado que no contexto da sociedade em que elas se inserem as relação entre homens e mulheres é baseada na demarcação de papéis distintos, de certa forma favorecendo o homem, permitindo-lhe

oportunidades de modo desigual em relação à mulher, originando a submissão ao homem, o que tem implicações na questão do poder e da autoridade pois a mulher não exerce nem poder e não toma decisões sobre si, culminando em comportamentos de risco por parte do homem como é notório no excerto que citamos em que é mencionados que os homens tem várias parceiras.

Aqui focalizamos as percepções das participantes acerca de eventuais diferenças quanto à vulnerabilidade à infeção pelo VIH entre homens e mulheres residentes na cidade de Maputo. Observámos que apesar de considerarem que o comportamento do homem impulsiona a sua vulnerabilidade, uma parte das participantes relata que o risco é o mesmo entre homens e mulheres, mas frisam que a vulnerabilidade da mulher é maior, se comparada á dos homens e justificam-no com base no comportamento dos homens.

“...nós as mulheres estamos mais em risco de contrair o vírus porque os nossos maridos andam com várias mulheres se infetam...” (AAC, 48 anos)

Por outro lado, encontramos quem diga que as mulheres têm um risco aumentado, mas este aumento é imputado uma vez mais ao comportamento dos homens que se caracteriza maioritariamente por ter múltiplos parceiros sexuais, omissão do resultado do teste em caso de ser positivo ou ainda a simples recusa de fazer o teste.

”....outros simplesmente não fazem o teste ou fazem-no e continuam a viver como se não tivessem a infeção e quando adoecemos mandam-nos convidar os maridos para fazer o teste e eles não aceitam por isso nós é que estamos numa situação de risco elevado...”(AAC, 48 anos)

Impacto da doença e morte do cônjuge

As mulheres entendem o casamento como algo mais vinculativo e o divórcio mais difícil e complicado para as mulheres, sendo que os filhos e os bens ficam com o marido e, em caso de morte do marido, com a família do marido. No que diz respeito ao divórcio, a

mulher simplesmente pode ser mandada embora, principalmente quando do casamento não resultam filhos.

Uma mulher disse que a morte do marido gerou consequências de ordem social, económica e até no seu estatuto social na sua família e no grupo de parentes mais afastado. Isto, deriva da posição e da importância que o falecido marido tinha para o sustento e funcionamento do grupo familiar em termos materiais, simbólicos e espirituais.

Este aspeto, parece transversal em quase todas as famílias neste contexto de Maputo. A vivência do luto como um espaço de transição ritual profundamente importante e que o não seguimento dos rituais poderá acarretar toda uma série de perigos e situações de infortúnio e azares para os membros da família. Uma participante refere ainda a falta de apoio da família do falecido companheiro como um grande inconveniente, tendo recorrido a terceiros para ajudar a sepultar o marido.

A infeção em homens na região sul de Moçambique e em Maputo em particular está também associada a práticas poligâmicas que são uma "arma fértil" para a propagação do VIH/SIDA. A poligamia é um princípio cultural e isso avoluma o ciclo de transmissão do vírus, sobretudo entre mineiros, que apenas regressam a casa uma vez por ano para engravidar as suas esposas, mantendo outra esposa na África do Sul. Por outro lado, outros mineiros recorrem a prostitutas na África do Sul, e de regresso a casa a "prova de fidelidade" para com a esposa é "fazer sexo sem preservativo", mesmo sabendo que são VIH positivos, situação que se reflete no aumento da prevalência da infeção entre as mulheres.

“...quando o meu marido faleceu fiz todos os preparativos para trazer a urna e informei o irmão para me ajudar e ele recusou ajudar me porque nós tinhas decido ir morar na África do sul e que já não eramos familiares acabei tendo ajuda da igreja que frequentávamos para trazer a urna...”(EEM, 60 anos)

Com a infeção pelo VIH muitas pessoas vivem momentos de pura hostilidade e rejeição quando lhes é diagnosticada a doença. Acabam por perder o trabalho, os bens e até

mesmo relações familiares importantes em função da atitude negativa que a doença provoca. Por este motivo é que muitos têm dificuldades em falar com outras pessoas sobre o seu estado serológico, por medo da reação das pessoas. E este silêncio pode ser muito perigoso. O depoimento que se segue mostra como no seio familiar, as cunhadas de uma participante expulsaram a esposa de um homem infetado, como que culpabilizando-a pelo sucedido. O que mostra que a violência é também executada pelas próprias mulheres.

“...vivia com as minhas cunhadas e era a segunda esposa e quando o meu marido adoeceu e viram que era grave e que ele podia morrer a qualquer momento...o hospital já havia informado que o problema é a infeção por VIH que não foi tratada a tempo e como era casa dos pais dele onde vivíamos mandaram-me embora...”(RJ, 35 anos)

Uma entrevistada relatou que a morte do marido implicou o uso do luto. Este é um conjunto de indumentárias obrigatórias, em que para além da obrigatoriedade do uso quotidiano, cada família estabelece o período de tempo em que a mulher deve usá-lo. Atingido esse período a mulher deverá proceder à retirada do luto através de um outro processo ritual.

Explicou ainda esta mulher, que o ritual de retirada do luto, bem como os outros subsequentes são dirigidos por “especialistas” que são normalmente escolhidos por terem alguma proximidade com a família.

“...e ele acabou por morrer enquanto eu já estava em casa dos meus pais mas depois os meus pais devolveram-me porque a família do meu marido reivindicou que eu devia ir lá usar o luto como viúva...” “...e aguentar o luto (N`tima ou lifu) mas acabei saindo de lá e nunca recebi nenhum apoio daquela família...” (RJ, 35 anos)

Prática ilegal de usurpação dos bens

O impacto combinado da doença com a morte do marido em decorrência da SIDA foi enorme para uma mulher de acordo com suas palavras. Além da dor da perda do seu companheiro e a redução drástica no rendimento da sua família, sofreu a usurpação de seus bens pelos familiares do esposo. Encarou a acusação de ser responsável pela transmissão da infecção por parte da família deste.

As participantes relatam que com a morte do marido há uma prática ilegal de usurpação de bens por parte de parentes dos maridos. Isto porque na região sul, o legado econômico é transmitido sempre para o filho mais velho do casal, e na ausência deste, passa para o seu irmão ou outro parente da linhagem paterna. O matrimônio é virilocal e após o casamento a noiva muda-se para a casa do esposo, saindo da sua aldeia para morar na aldeia do marido. Os laços de parentesco e de filiação dão-se através da linha paterna. Nesse contexto, os homens assumem a propriedade dos recursos do agregado familiar e são eles que autorizam as mulheres no uso destes recursos. A perda dos bens para a família do marido após sua morte é ilegal, mas por desconhecimento dos seus direitos, muitas mulheres se deixam lesar como atestam as falas de uma participante.

“....no dia do funeral do meu marido a família alugou um caminhão para retirar as coisas na minha casa(em Maputo) e fui obrigada a assinar uma declaração que autorizava o irmão do meu marido a vender a casa e foi assim que perdi a casa e os bens...”(EEM, 60 anos)

De acordo com a fala que citamos a seguir, o estatuto e a posição social do falecido é um dado importante em determinados contextos e situações. Não só estão em jogo aspetos de “sustentabilidade”, como afirmou uma participante, bem como aspetos ligados á herança e á sucessão - a herança entendida enquanto uma regra social de transmissão dos bens materiais, e a sucessão enquanto regra da passagem ou transmissão de posições e funções sociais, jurídicas, políticas e espirituais, onde a questão da herança joga um papel basilar nas preocupações com o destino das propriedades e na continuidade do grupo familiar (Casa) através dos herdeiros, dado que em geral há filhos por assistir após a morte do homem.

“...perguntei sobre a situação dos meus filhos e responderam que eu devia ficar lá a tratar dos filhos...”
(RJ, 35 anos)

Com os depoimentos de duas participantes, que citamos a seguir ficou mais uma vez evidenciado que a morte tem implicações a vários níveis. A herança e a sucessão são de importância extrema para as famílias. Constituem muitas vezes terreno fértil para conflitos, manipulações, divergências, descontentamentos entre as categorias de parentes potencialmente herdeiras. Para além do mero aspeto material, a herança muitas vezes estrutura novas correlações de poder, alianças e polos de conflitualidade. Isto pressupõe que questões como a legitimidade ou não de herdar e o que herdar sejam também equacionados.

“...permaneci na casa da família do meu marido durante o período em que o meu marido estava doente. Mas diziam-me sempre que se ele morresse teriam de dividir algumas coisas comigo para compensar o facto de me terem ajudado a tratar do meu marido...” RJ, 35 anos)

“...depois de realizar a cerimónia do oitavo dia esperava que me dissessem algo sobre os bens ou casa, apenas o irmão me acusou de ter morto o meu marido e que eu devia desaparecer antes que ele cometesse um crime, e o caso está em tribunal, e o irmão do meu marido que vendeu a minha casa, meus bens e me acusou de matar o meu marido já morreu...”(EEM, 60 anos)

Outro aspeto relevante foi realçado por uma mulher, que contou que, á semelhança de muitos moçambicanos e principalmente das zonas rurais das províncias no sul de Moçambique, Maputo, Gaza e Inhambane, o seu marido partiu para África do Sul pois era vulgar a ideia de que para casar muitos homens tinham primeiro de ir às minas trabalhar para poderem organizar um casamento condigno. Ao longo de todo o século XX era uma honra para uma família ter um filho que ia trabalhar nas minas da África do Sul. Aliás, em muitas zonas rurais do sul de Moçambique, um homem ir trabalhar nas

minas era uma espécie de segundo rito de iniciação, ou seja, a pessoa tornava-se adulta, digna de constituir uma família, de ser um homem mesmo, quando fazia essa viagem para a África do Sul para trabalhar nas minas. Atividade mineira é um trabalho fisicamente duro que acarreta riscos para a saúde. Tuberculose, devido às poeiras, e o VIH/SIDA e um dos fatores que mais contribuiu para a propagação do vírus no país foi a mobilidade de trabalhadores como mineiros e camionistas.

“...quando casei-me com o meu marido, tomamos a opção de ir viver longe da família fomos viver para África do Sul porque a família dele não gostava de mim, vivemos lá 25 anos porque ele trabalhava nas minas só vínhamos cá visitar no fim do ano na alturas das festas da família...”

Estigma e Discriminação

Ocultação da seropositividade pelos parceiros

Para muitas mulheres a infeção pelo VIH/SIDA continua a carregar consigo o estigma e discriminação. Estes fazem com que as PVVIH vivam com o dilema de revelar ou não o seu estado sorológico; se mantêm em silêncio ou em segredo; se vivem isoladas ou não; se vivem sem convívio social (família ou com vizinhos e/ou membros da comunidade de onde fazem parte). Isso, porque as PVVIH pelo VIH são vistas como desviantes e a doença é tida como “dos outros”, entre outros aspetos.

Consentâneo com a situação que descrevemos no parágrafo anterior, nos discursos abaixo mencionados, encontramos que as mulheres são confrontadas com situações em que os homens mesmo conhecendo o seu estado de seropositividade não o revelam às suas parceiras. Estas situações de acordo com suas palavras podem persistir durante algum tempo, até que elas comecem a desenvolver sintomas que as levem a realizar o teste. E quando os homens são confrontados com o resultado positivo por parte da parceira acabam por revelar o seu verdadeiro estado.

“...eu vivi com o meu companheiro durante 5 anos e ele não me disse que estava doente, eu tive Dzilo Hussiku (Queimadura da noite cientificamente denominada Herpes Zóster) foi aí que eu fiquei preocupada e vi que algo estava errado e que não era brincadeira e fui ao hospital e não houve demora em dar-me os comprimidos, puseram me logo em tratamento...”(AJM, 35 anos)

Esta ocultação pode estar relacionada com o receio de que o conhecimento da doença causará situações de isolamento social, a forma como o resultado foi comunicado ou com o efeito psicológico que a informação pode causar nos homens e no contexto familiar e social. De acordo ainda com as entrevistadas o momento da comunicação do resultado do teste é sempre traumático para si, bem como para o seu parceiro.

“....com o andar do tempo o meu companheiro procurou-me para me dizer que tinha medo de dizer mas que também tinha a doença e eu nunca desconfiava dele porque ele estava gordo e bonito e as pessoas diziam que não era possível ele estar infetado, e afinal quando ele se despedia de mim era sempre quando estava na hora de tomar os comprimidos...”(AJM, 35 anos)

Discriminação no espaço familiar

Uma entrevista revelou que no seu caso a família não tratou a sua situação com sigilo e confidencialidade. Depois de regressar do hospital com o resultado do seu teste em envelope fechado partilhou o resultado com um familiar e isso causou-lhe situações de estigmatização e discriminação e maus tratos diversos. Na sua opinião é isso que leva a que as mulheres mantenham-se em silêncio ou em segredo; isoladas; sem convívio com a família, vizinhos e/ou membros da comunidade.

“....no tempo em que eu recebi o diagnóstico, punham os resultados num envelope. Levei o meu resultado para casa e chegado á casa mostrei a minha tia e disse-lhe minha tia eu sou isto entregando o envelope fechado. Foi aí que as

coisas se complicaram. Começou a mandar vir comigo, falou para todas gente que eu sou seropositiva, começaram a melhor mal e muitas coisas...”(AAC, 48 anos)

A forte desigualdade de gênero, faz com que as mulheres sejam frequentemente culpabilizadas pela infecção com o VIH. A dupla moral vigente permite aos homens ser infiéis e ter várias amantes sem que estes comportamentos gerem depreciação social masculina. Já as mulheres podem ser acusadas de trair seus maridos, de levar vida promíscua e até de prostituição.

Nesse contexto, elas receiam que a revelação do diagnóstico de VIH positivo desencadeie questionamentos, suspeitas de infidelidade conjugal e culpabilização pela infecção. As relações desiguais de poder deixam o homem mais confiante para revelar o diagnóstico para a companheira, já prevendo que não será acusado ou rejeitado. Com efeito, algumas mulheres entrevistadas relataram ter cuidado dos maridos até à sua morte com VIH/SIDA. O contrário, no entanto, não é verdadeiro, sendo comum as mulheres com VIH serem abandonadas ou discriminadas pelos maridos.

“... acabei indo á esquadra porque diziam que eu é que transmite a doença ao meu marido porque era de fora...”(AJM, 35 anos)

As falas abaixo demonstram que a estigmatização e discriminação são atitudes frequentes em relação às pessoas que vivem com o VIH/SIDA, e estendem-se aos seus parentes e àqueles que lhes prestam cuidados. As mulheres pensam que isto acontece por subsistem ainda mitos e mal-entendidos sobre a doença, tabus acerca da sexualidade, convicções religiosas que impedem o conhecimento assim como o fraco acesso ao tratamento, etc.

“... nos convívios familiares quando chegasse o momento de servir me proibiam de servir a comida e usavam sinais mal eu pegasse em algo o aviso era gripe e toda a gente

ficava já a saber que não podia pegar na colher que eu usei...”(FA, 56 anos)

Os doentes com VIH/SIDA, tendem a ser rejeitados, são afastados e evitados, incorretamente parentes. Isto ocorre mesmo no círculo familiar. Situação que não acontece quando se trata de outras doenças que suscitam sentimentos de “simpatia” e a pessoa doente recebe uma atenção “especial” ou desfruta até de “privilégios”.

“...dali ela começou a separar meu prato minha colher, passei para um quarto sozinha e mais nada disse, deixou de contar comigo nas tarefas da casa, não deixa eu pegar nada...”(GAM, 35 anos)

Uma mulher teve de lidar com a rejeição pela família do esposo. A experiência da rejeição foi dolorosa para esta mulher e afetou o seu bem-estar. O sentimento de pertença a uma família ficou abalado, porque sentiu-se rejeitada pela família do marido, foi isolada e excluída do ambiente familiar. Revelou ainda, que houve tentativa de a substituir por outra mulher com a qual a família do marido se identificava por ser da mesma etnia e tribo.

“... a família sempre rejeitava me e ainda não estávamos doentes e houve uma altura que arranjam uma moça de Gaza porque ele era de São Martinho de Bilene para casar com o filho (meu marido) e ele negou e começaram a maltratar-me...”(EEM, 60 anos)

Uma mulher após solicitar apoio familiar para receber o teste positivo enfrentou situações que configuram estigma e discriminação associado ao VIH/SIDA, pois foram-lhe dirigidas palavras insultuosas, de acordo com o seu depoimento, a seguir citado.

“...mas era preciso que alguém assinasse os papeis do hospital e quando vou a casa pedir isso começam a insultar me.....”(AJM, 35 anos)

Essas situações consideradas pelas entrevistadas, tornam-se mais severas quando envolvem parentes próximos, como mãe, que não lidou bem com a deterioração do estado de saúde da sua filha. Esta participante inibiu-se de participar em encontros sociais, isolou-se da família e amigos, e concretamente sentiu-se forçada a deixar de frequentar a igreja dado que já não havia comunicação com os “irmão”.

“...a minha própria mãe levantou-se na Igreja. Contou o meu caso o resultado foi que as pessoas começaram a afastar-se de mim, já não me cumprimentavam...deixei de participar...”(CRS, 49 anos)

Nesse contexto de forte estigmatização também exclusão, morte social e discriminação não é de estranhar que as mulheres busquem preservar o máximo possível o sigilo sobre sua condição de seropositividade. As mulheres entrevistadas relataram ter ocultado o diagnóstico o quanto puderam inclusive para os familiares mais próximos, retraindo-se das relações sociais, como forma de se proteger de uma possível discriminação. Apenas uma mulher entrevistada disse ter sido bem tratada pela família após a revelação do diagnóstico.

“ No momento em que eu fiquei doente, estava em casa da minha tia irmã da minha mãe... então descobri que estou doente, então comecei a ir no hospital e me fizeram o teste sem ninguém saber mas eu sempre me perguntava porque é que esta doença não para mas depois contei a minha....”(GAM, 35 anos)

Discriminação no espaço público

Algumas falas indicam haver estigmatização e discriminação no espaço público; contudo, as associações de PVVIH denunciam a discriminação relacionada com o VIH/SIDA disseminando informação e apresentando queixas às autoridades. De acordo com os documentos consultados no local; há por exemplo entidades patronais que foram acusadas de despedir trabalhadores devido ao seu estado serológico, na maioria dos

casos sem indenização e sem respeito pela confidencialidade, de acordo com uma responsável da associação. Afirmou ainda, que há tendência para se considerar que a PVVIH é um indivíduo socialmente morto, por isso, é um inútil e um improdutivo. Isso leva a atitudes que afetam a convivência no emprego e as atividades das PVVIH, no sentido em que, ao considerá-las doentes, está-se, de algum modo, a tratá-las como incapazes. O resultado diz-nos que prevalece a falta de conhecimento da doença, concretamente no que diz respeito às formas de contaminação, prevenção e tratamento. Tal situação deve-se, em parte, a mitos e ideias erradas em torno do VIH/SIDA. A entrevistada, chegou a dizer que as pessoas que acreditam que o VIH/SIDA pode ser transmitido a partir da partilha de alimentos ou do “contacto físico casual e superficial”. Esta situação gera desconfianças que constituem uma barreira à prevenção de mais infeções e ao fornecimento de cuidados, apoio e tratamento adequado.

“...tudo começou com uma alergia nas mãos. Eu era vendedeira de fruta e antes de me aperceber o que de fato estava a acontecer e tinha uma tosse persistente. Também os meus colegas vendo a minha situação, diziam ou davam sinais aos clientes que vinham na minha banca para não comprarem nada de mim porque essa senhora tem sida....” ...”(CRS, 49 anos)

Uma mulher ficou a saber que as pessoas faziam comentários sobre a sua situação e que entre outras coisas faziam comentários maliciosos sobre como se teria infetado. Segundo ela, isso tem sido um desgaste psicológico causado pelo que veiculam os colegas no mercado. Conta também que foi verbalmente ameaçada de expulsão do mercado, o que representa uma exclusão social.

“... às vezes eu comia por exemplo pão e sobrava-me avisavam que não devia dar a ninguém porque podiam ser contaminadas. Falavam que eu era uma pessoa perigosa, ninguém me dirigia a palavra e até começaram a dizer que eu devia sair daquele lugar e procurar outro mercado para trabalhar...”(EEM, 60 anos)

Uma entrevistada refere ter sido estimulada a realizar o teste do VIH após ter conversado com uma pessoa estranha que lhe confidenciou que passava por uma situação semelhante que se manifestava em doenças prolongadas. Isto indica-nos que as mulheres têm como estratégia na tentativa de reduzir a estigmatização, procurar ajuda junto de pessoas que têm problemas semelhantes aos dela, sentindo assim um apoio, compreensão, aceitação e reconhecimento da sua situação.

“... uma pessoa me disse que também tudo começou assim com uma doença que não parava e aí decidi fazer o teste que deu positivo...”(CJM, 64 anos)

A ajuda entre “pares”, pessoas com problemas semelhantes existe em variadíssimos contextos, que atestam a importância destas redes de suporte.

Vulnerabilidade Programática

A tabela 4 sistematiza os resultados referentes a vulnerabilidade programática. Esta vulnerabilidade está focada nos recursos sociais necessários para a proteção do indivíduo a riscos à integridade e ao bem-estar físico, psicológico e social. A vulnerabilidade programática se refere ao grau de comprometimento governamental com as questões relacionadas à infecção pelo VIH/SIDA em mulheres, ações preventivas e educacionais propostas pelos governantes, montante de investimento e financiamento para a prevenção e assistência, continuidade e sustentabilidade de ações e políticas públicas, entre outros.

Tabela 4: Vulnerabilidade Programática

Dimensão	Categorias	Subcategorias
Serviços de Saúde	Acesso e utilização de serviços de saúde	* Utilização de serviços de Saúde
		* Fatores de acesso e utilização de serviços de saúde
		* Acesso a serviços diversos
		* Tempo de espera
		* Constrangimentos da organização dos serviços
Entidades de suporte	O papel das associações de PVVIH	* Tratamentos e cuidados
		* Educação
		* TARV
		* Apoio psicossocial

Acesso e utilização de serviços de saúde

As mulheres reconhecem que apesar das dificuldades existentes no país no que diz respeito ao acesso aos tratamentos e cuidados para com as mulheres vivendo com o VIH/SIDA, em Maputo sentem-se as vantagens de estar na capital do país. Em Maputo

consegue-se ter proximidade dos serviços de saúde de uma maneira geral, onde são distribuídos os medicamentos (sobretudo o tratamento antirretroviral), em que os hospitais são melhores em termos de pessoal e equipamento o que é fundamental na melhoria do estado geral de saúde, de qualidade de vida e na sobrevivência deste grupo.

Para as mulheres, há melhorias no tratamento das PVVIH, com o aumento do acesso aos ARVs, contudo, lamentam que isso só se verifique em áreas onde existem hospitais e centros de saúde, o que faz com que os serviços sejam ainda caracterizados por uma fraca utilização, perda de doentes no seguimento ou acompanhamento. Aham negativo a falta de testes nos hospitais e consequente diagnóstico tardio.

Por outro lado, dado que a relação, entre o VIH/SIDA e a pobreza, é bidimensional. Isto é, pode ser de causa e de efeito. As acções levadas a cabo pelos grandes intervenientes no combate a esta epidemia incluem: prevenção, cuidados, tratamento e mitigação do impacto negativo do mesmo. Assim, uma das actividades realizadas na mitigação, é o apoio alimentar através de fornecimento de cestas básicas e apoio em actividades geradoras de rendimento. Estas actividades são financiadas pelo sector público, através do MISAU/MIC, CNCS e do INAS, bem como pelo sector externo e privado. Deste modo, com recurso à cesta básica fornecida às PVVIHS pelo MISAU. Assim, uma PVVIH deve consumir mensalmente, no mínimo, produtos (arroz, farinha de milho, óleo, açúcar, feijão manteiga, amendoim, sal e peixe) cuja aquisição requer uma despesa de 1500.00Mt a preços de 2016.

Outra consideração das mulheres é relativa à variação espacial na distribuição do pessoal de saúde como médicos, enfermeiros e outros técnicos de saúde, que interfere na prestação de serviços de saúde.

De acordo com uma participante, que falou do seu *estado* relativamente ao VIH, as mulheres tomam conhecimento da sua infeção mais rapidamente do que os homens dado que frequentam mais os serviços de saúde por queixas pessoais ou relacionadas com os filhos. Por outro lado, elas são também apanhadas pela obrigação de realizar o teste do VIH/SIDA nas consultas do pré-natal (que inclui entre outros serviços o acesso ao aconselhamento e testagem voluntária (ATV)). Os cuidados pré-natais de rotina, adequados e de qualidade que incluem: a prevenção, diagnóstico e tratamento de

infecções de transmissão sexual, a possibilidade de interrupção da gravidez onde existem serviços para o efeito e quando a mulher assim o solicitar. Inclui-se a capacidade de reconhecer sinais de alto risco obstétrico, reconhecimento de sinais de doença, Prevenção de infecções oportunistas, entre outros cuidados.

“...descobri que estou doente quando vim ao hospital porque descobri que estava de barriga (grávida). Para abrir ficha fazem também o teste de VIH...”(GAM, 35 anos)

Os motivos invocados para as mulheres realizem o teste para o VIH foram diversos. Algumas fizeram o teste VIH após o conhecimento da seropositividade do companheiro, outras tomaram conhecimento da sua infeção durante a gravidez, ou até na sequência da morte do companheiro por VIH/SIDA.

De acordo com o depoimento que citamos, as circunstâncias relacionadas com esse desconhecimento prendem-se com a não partilha (por parte do homem) do diagnóstico de infeção VIH com o seu parceiro sexual.

“ ...os nossos maridos andam com várias mulheres se infetam, descobrem que estão PVVIH e iniciam o tratamento e não dão a conhecer a suas esposas, mas isto é apenas feitos pelos corajosos...” (AAC, 48 anos)

Fatores de acesso e utilização de serviços de saúde

Tempo de Espera

Esta subcategoria procurou explorar a perceção das participantes quanto ao processo de atendimento e assistência às mulheres vivendo com VIH/SIDA no Sistema Nacional de Saúde com destaque para os aspetos positivos e negativos mencionados. Diante das narrativas observou-se maior frequência de menções a aspetos negativos como *tempo de espera em situações de atendimento*, como ilustra o trecho abaixo.

“...o atendimento varia de acordo com o dia. As pessoas chegam muito cedo para marcar a bicha por volta das 04:30 horas da manhã e ficam muito tempo à espera...”(AA, 22 anos)

Uma entrevistada referiu ter iniciado o TARV imediatamente após o diagnóstico positivo do VIH e se mostrou agradecida porque isso é uma das coisas fundamentais para prolongar e melhorar a qualidade de vida das PVVIH.

“...fui ao hospital e não houve demora em dar-me os comprimidos, puseram-me logo em tratamento...”(AJM, 35 anos)

Acesso a serviços diversos

De acordo com a narrativa de uma participante há colaboração dos serviços prestados pela secretária do bairro e policia o que permite alguma proteção as mulheres vivendo com VIH/SIDA. De acordo com a Resolução n.º 71 /AM/2011 de 22 de Junho publica no Boletim da República III SÉRIE — Número 3 de 23 de Janeiro de 2012, no município de aputo o bairro é dirigido por um secretário, nomeado pelo Presidente do Conselho Municipal sob proposta do vereador da respectiva unidade territorial, por um mandato de 5 anos e subordina-se ao dirigente da Unidade Administrativa respectiva.

Na componente prestação de serviços de apoio às vítimas de violência, assistência médica, legal e judicial, é prevista “a criação e/ou expansão dos serviços de atendimento às vítimas de violência, nas esquadras, nos hospitais, nos bairros e nas comunidades”. Contudo de acordo com esta participante a policia foi incapaz de prestar o devido auxilio pois não tinha capacidade para identificar as pessoas que dirigiram-lhe palavras injuriosas.

“...a minha tia que levou o caso ao secretario do bairro que por sua vez remeteu o caso á esquadra da zona mas lá disseram que não tinham como resolver o caso a menos

que nós identificássemos as pessoas me estavam a chamar nomes por causa da minha situação...”(GAM, 35 anos)

Constrangimentos da organização dos serviços

De acordo com a opinião das participantes denota-se incapacidade do Sistema Nacional de Saúde para responder à demanda. Observamos a referência a aspetos relacionados com escassez de recursos humanos, medicamentos, materiais e infraestrutura e ao número elevado de pacientes e ao número reduzido de profissionais e de serviços, o que pode explicar em parte o elevado tempo de espera referido na subcategoria anterior pelas participantes que diziam que os pacientes ficam muito tempo à espera para serem consultados pelos profissionais de saúde ou fazerem outros procedimentos como análises clínicas e levantamento de medicamentos na farmácia. Os depoimentos mostraram que as duas situações possuem relação direta, como enfatiza o trecho selecionado.

“...os técnicos dizem sempre que devemos chegar cedo mas começam a atender muito tarde em norma deviam iniciar o atendimento por volta das 07:00 horas da manhã, mas chegam depois das 08:00 horas e é tudo lento porque tem que preparar as condições do trabalho...”(TA, 40 anos)

“...os médicos chegam mais tarde ainda 10:00 horas...depois mandam para o laboratório para fazer as análises e lá também é outra fila porque é o mesmo laboratório para todas as doenças e acabo por regressar muito tarde por volta das 15:00 horas...”(MN, 53 anos)

Uma fala remete-nos para o panorama de provisão de serviços, com destaque para alguns fatores impulsionadores e constrangedores de oferta e de demanda dos serviços de saúde. Destaca-se que a rede sanitária tem vindo a aumentar, mas a demanda também cresceu muito, por isso os serviços ainda não são suficientes para as mulheres VIH positivas. As

participantes percebem que houve uma melhoria do acesso físico aos serviços através da melhoria da rede sanitária, porém também assiste-se a uma degradação contínua das infraestruturas.

“...o atendimento é difícil, imagina como estou e ainda por cima tenho de tomar os medicamentos...a limpeza é superficial...o problema é casa de banho é única e às vezes está fechada ora não tem água...” (MN, 53 anos)

O papel das associações de PVVIH

Uma participante referiu que a sua integração e participação na associação permite-lhe quebrar a questão de omissão ou não revelação do estado serológico às pessoas próximas porque encontrou no grupo, um bom ambiente para fugir a estigmatização e discriminação.

“....não é fácil para mim viver assim, ouvir as pessoas a falar, te apontarem todo sitio onde vais e aqui aprendi a viver com outras irmãs, me distraio...” (LV, 52 anos)

Uma das principais estratégias para o enfrentamento da estigmatização identificada nas entrevistas foi a integração nas associações de mulheres vivendo com o VIH/SIDA, pois estas construíram espaços “seguros” onde se sentiam aceitas e bem-vindas. Para elas, fazer parte dessas associações dava-lhes a sensação de pertencer a uma mesma família e havia mais probabilidade de obter maior acesso a informações relevantes para enfrentar a doença.

“....Estou satisfeita em estar aqui recebemos apoio quando às vezes estamos desanimadas acho que é diferente de estar sozinha, às vezes um pouco de comida porque estes comprimidos são pesados...” (EEM, 60 anos).

Para as mulheres entrevistadas, a associação foi importante para evitarem sentimentos de rejeição social e isolamento, mas também no que diz respeito à melhoria do acesso aos cuidados. Elas destacam o apoio que encontraram na facilitação do acesso ao TARV de forma gratuita, o que lhes permite dedicar os seus recursos à alimentação e a outras despesas com a família.

“...ter acesso aos medicamentos era difícil, porque tenho várias despesas de casa por ser a chefe de família, cuidar dos filhos ainda ter dinheiro de chapa para ir no hospital aqui na associação alguém pode ir buscar para mim quando não posso...” (CAM, 38 anos).

Uma mulher referiu mesmo que desde que passou a integrar o grupo na associação deixou de passar fome.

“....antes era ter comida e garantir comida para comer no dia-a-dia, mas desde que comecei a fazer parte da associação nunca passei um dia sem comida...” (EM, 46 anos)

Uma participante mostra reconhecer o governo e os políticos como interlocutores-chaves na melhoria das suas vidas enquanto infetada pelo VIH/SIDA. Essa resposta, orientada pela prevenção e assistência dentro da perspetiva de universalização da assistência às PVVIH com a distribuição gratuita de medicamentos, o que resulta em uma maior qualidade de vida. As mulheres pensam que é da responsabilidade dos políticos e do governo, disponibilizar recursos para prover a educação, o emprego, a assistência alimentar, os medicamentos, e outros recursos.

“...os políticos e o governo podiam ver se a gente pode ter trabalho, se podemos estudar porque não é fácil, aqui tem pessoas que estudaram um pouco mas só conseguem esses trabalhos de ativista...” (RJ, 35 anos)

“...já estamos a receber os medicamentos no hospital mas agora pelo menos nos apoiar numa ajuda em comida porque esses comprimidos são pesados...” (CJM, 64 anos)

O acesso às associações das mulheres vivendo com o VIH/SIDA e às entrevistadas implicou uma série de conversas com o pessoal líder destes grupos para entender entre outras coisas o funcionamento e atividades que elas realizam. Estes contactos permitiram ainda que não tenhamos registado entrevistas específicas, fazer alguns registos escritos que apresentamos agora como resultados dessas.

Os dirigentes das associações visitadas consideram que têm sido importantes os esforços de prevenção do VIH que abordar não só a redução de risco entre indivíduos

não PVVIH pelo VIH, mas também a adoção de medidas preventivas por indivíduos VIH-positivos.

O apoio programático do Plano de Emergência do Presidente dos EUA para o Alívio do SIDA (PEPFAR) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) agora incluem, conhecidas como Prevenção Positiva (PP), Prevenção para Positivos (PPP) ou, mais recentemente, como Saúde Positiva, Dignidade e Prevenção (PHDP), como pilares dos esforços de prevenção do VIH, que visam a prevenção especificamente destinadas a pessoas conscientes sobre o seu estado serológico VIH-positivo.

Como parte do padrão de atendimento para VIH, os serviços de PP deveriam ser adequadamente integrados nos cuidados, TARV, e serviços de apoio em VIH existentes, seja nos postos de saúde ou na comunidade. É convicção das associações de que a comunicação de mensagens de prevenção dentro do sistema de cuidados de VIH é mais eficaz quando feito por um profissional de saúde.

As associações não constituíram de início objeto do estudo, porem as conversas informais entre o investigador e os responsáveis das mesmas, forneceram informação relevante para o entendimento de algumas categorias do estudo. Estas associações estão focalizadas entre outras intervenções na prevençãp da infeção pelo VIH/SIDA, mudanças de comportamentos numa base comunitária, cuidados domiciliários, grupos de pares de PVVIH, suporte para iniciação do TARV, apoio na revelação do sero-estado a parceiros e familiares e prevenção de riscos para a saúde reprodutiva tais como a redução do número de parceiros, o aumenta do uso de preservativos, e habilidades para negociar relações sexuais considerando a sua condição de PVVIH.

A estigmatização e discriminação no quadro dos serviços de cuidados de saúde é referida pelos responsáveis das associações e ativistas com que tivemos ocasião de trocar impressões sobre o seu acompanhamento às mulheres nas unidades sanitárias. São conhecidas situações em que há violação do princípio da confidencialidade, ofensas, insultos e agressão verbal. Os próprios trabalhadores dos cuidados de saúde estigmatizam os seus pacientes e têm medo da doença.

“,,,há muitos problemas.....maneiras de eles atender aquelas enfermeiras tem problema de falar mal....ali onde nos atendem nunca esta limpo...”(FA, 56 anos)

“,,,eu não posso culpar aqui a falta de pessoal por isso esta sempre cheio na triagem, na consulta, no laboratório e na farmácia onde se demora mais...fica complica uma única pessoa atende mais de 50 pessoas...atendem bem as primeiras pessoas mas depois estão chateadas e falam mal,,,”(LV, 52 anos)

CAPITULO V: DISCUSSÃO

Perfil sociodemográfico das mulheres entrevistadas

O trabalho de campo junto as associações e outros lugares escolhidos pelas mulheres decorreu entre os meses de Abril e julho de 2016. Neste ponto discutimos os resultados referentes aos dados obtidos a partir dos depoimentos das mulheres infetadas pelo VIH na cidade de Maputo. Foi objetivo deste estudo compreender as perceções e experiências das mulheres infetadas pelo VIH/SIDA. Neste trabalho, procuramos ainda compreender as estratégias de superação desenvolvidas em torno da sua condição de infetadas. São tomados como referência nesta discussão os tipos de vulnerabilidade, previamente encontrados no âmbito da análise dos resultados no capítulo anterior, nomeadamente: vulnerabilidade individual; social e programática [131-133], como pressupostos que incorporam as diversas dimensões relacionadas com a condição de mulheres infetadas pelo VIH.

As 42 mulheres seropositivas entrevistadas, com a colaboração de duas associações, residiam em bairros suburbanos ou periféricos da cidade de Maputo. Como já foi referido, a maioria das mulheres tinha mais de 35 anos. Um número elevado (54,8%) destas afirmou nunca ter estudado. Ora, vários estudos demonstraram que escolarização como meio de socialização é extremamente importante. Mostra ainda que é importante a organização de programas educativos e debates nos quais participem homens e mulheres. O mesmo estudo avança ainda que a educação é um instrumento de mudança de comportamento e de libertação das mulheres em relação às práticas opressivas de que são alvo [136, 137].

A maioria destas mulheres eram praticantes da religião protestante/evangélica. No que diz respeito à situação marital, um número elevado delas eram viúvas. Estes indicadores mostram o quanto estas mulheres estão em situação de vulnerabilidade individual, social e programática, como também reportaram outros estudos [138-141].

A urgência de discussões sobre religiosidade, crenças e práticas religiosas, espiritualidade, fé e sua relação com a saúde é notória, dado que neste momento se assiste a uma diversidade religiosa na sociedade moçambicana. O debate sobre a fé e

sua relação com a saúde é um fenómeno resultante, principalmente, da demanda das participantes ao invocarem um cuidado que contemple a sua saúde em dimensões mais amplas, inclusive religiosas e espirituais e; em virtude do ser humano buscar esperança e apoio social. Os resultados de alguns estudos, comprovam que os benefícios de ser crente de uma religião são maiores que os inconvenientes [142-144]. Três fatores influenciam a saúde de quem adota práticas religiosas: as crenças, que orientam e facilitam as decisões diárias contribuindo para a redução do stress; o apoio social, que a comunidade religiosa oferece, assim como o apoio emocional e até financeiro e, promoção de hábitos saudáveis [145].

Todas as participantes afirmaram não possuir emprego formal, tendo atividades como vendedeiras de mercado ou em bancas em casa. A condição de desempregadas, influencia negativamente o fato de não poderem contribuir para o orçamento familiar, tal como verificaram outras pesquisas [68, 71]. Consequentemente, todas elas atravessam problemas para dar conta das necessidades diárias e de outras necessidades diretamente relacionadas ao cuidado da sua saúde, dado que podem enfrentar problemas para custear o transporte para aceder aos serviços de saúde nas US's. Estas mulheres, fazem assim, parte do grupo que vive no limiar da pobreza [71, 146].

Vulnerabilidade Individual

Uso de preservativo, contraceptivos, e histórico de gravidez

Os resultados indicam que a maioria das mulheres entrevistadas têm conhecimentos sobre a infeção pelo VIH, tal como é demonstrado na maioria dos estudos sobre comportamentos, atitudes e práticas em relação ao VIH/SIDA realizados em Moçambique, em que a proporção de mulheres de 15-49 anos que já ouviram falar de VIH/SIDA é elevada (98%) [26, 27].

Contudo, mulheres que vivem na área rural apresentam menos conhecimentos sobre o assunto (46%), comparativamente às mulheres que vivem na área urbana (62%). Por outro lado, mostrou-se que o nível de conhecimento sobre os dois métodos de prevenção do VIH (práticas de relações sexuais com um só parceiro e uso de preservativo masculino) melhorou de 2003 (53%) a 2009 (70%) [26, 27].

Um ponto que merece destaque é o modo como o preservativo é percebido por estas participantes. Os relatos mostram com clareza que há informação alargado sobre o preservativo, sobretudo o masculino. O fraco uso do mesmo pode estar relacionado com o fato de subsistirem mitos e desinformação sobre esse método de prevenção, adotado mundialmente na prevenção da transmissão sexual das ITS's e VIH/SIDA. O que poderá explicar o fato de a infeção em todas participantes ter ocorrido por via de relações sexuais sem proteção. Isto acontece porque os homens se infetam, não comunicam suas esposas e continuam a manter relações sexuais sem proteção, tal como é reportado em outros estudos no mesmo contexto em Maputo [46, 68, 71].

Os resultados do IMASIDA (2015), mostram que 54% das mulheres de 15-49 anos afirmaram saber que o uso consistente do preservativo pode prevenir a transmissão de VIH. Sessenta e cinco por cento das mulheres sabem que limitando as relações sexuais a um único parceiro não infetado e sem outros parceiros sexuais pode prevenir a transmissão de VIH. Por outro lado, a percentagem de mulheres de 15-49 anos que conhece os dois métodos de prevenção de VIH (fidelidade mútua e uso do preservativo) varia segundo o estado civil e área de residência. As mulheres que nunca casaram e nunca tiveram relações sexuais apresentam um baixo nível de conhecimento em comparação às mulheres que nunca casaram mas já tiveram relações sexuais (33% contra 64%). As mulheres residentes nas zonas rurais e sem instrução possuem menos conhecimento sobre os dois métodos de prevenção acima citados. A variação também se verifica por província. O nível de conhecimento sobre os dois principais métodos de prevenção aumenta com o nível de escolaridade, bem como com o quintil de riqueza, tanto nas mulheres [147].

A maior parte das mulheres entrevistadas afirmou não utilizar contraceptivos orais, injetáveis e implantes, embora, os dados do IDS (2003 e 2011) mostrem um uso cada vez mais crescente destes métodos. Isto pode ser explicado pelo fato de terem passado a usar regularmente o preservativo como meio de proteção de ITS e possíveis reinfeções pelo VIH, bem como de gravidezes indesejadas. Justificaram ainda que não usavam contraceptivos para além do preservativo porque na sua condição de infetadas deixaram de ter relações sexuais desprotegidas, sendo que o preservativo servia para a dupla

proteção contra as infeções e gravidezes. A maioria afirmou usar o preservativo masculino.

O que emerge no presente estudo indica a necessidade de realizar ações educativas voltadas para o sexo seguro, em especial o uso do preservativo. Estas ações podem constituir uma forma de massificação da informação, que poderia resultar numa melhoria do acesso aos meios de prevenção. Deveria haver maior investimento em ações educativas (campanhas na comunicação social, valorizando atividades em escolas, locais de trabalho e associações comunitárias, como oficinas de sexualidade e práticas seguras) direcionadas ao uso correto do preservativo, especialmente do preservativo feminino, pois constatamos um certo desconhecimento sobre o mesmo e um fraco uso. E acrescentamos a necessidade de reduzir a desinformação sobre o preservativo o que pode também permitir a remoção de barreiras no seu uso.

Procurou-se conhecer o histórico de gravidezes das participantes perguntando-lhes “quantas vezes engravidou?” sendo que a maioria teria engravidado entre 3 a 4 vezes, o que para muitas delas correspondia ao número de filhos que tinham no momento da entrevista. A idade média de início da atividade sexual foi 17 anos, conformando-se com os dados do INSIDA (2009) e IDS (2011) e outros estudos a respeito [148, 149].

As participantes foram unânimes em reconhecer que a mulher, no contexto da Cidade de Maputo e do país em geral, enfrenta maior vulnerabilidade á infeção pelo VIH/SIDA, tal como documenta o INSIDA (2009), o IDS (2011) e outros estudos [46, 68, 71]. Estes resultados vão para lá das questões relacionadas com a vulnerabilidade biológica. As mulheres estão em maior risco fisiológico de contrair VIH do que homens. Isso é em parte porque as mulheres têm uma maior área superficial da mucosa exposta a agentes patogênicos e líquidos inoficiosos por períodos mais longos durante a relação sexual e são susceptíveis de enfrentar uma maior lesão tecidual. As mulheres mais jovens apresentam um risco maior devido à ectopia cervical que facilita uma maior exposição das células ao trauma e a patogênicos na vagina. Foi bem documentado que as ITS's aumentam o risco de aquisição do VIH. Para as mulheres, o risco é ainda aumentado devido à dificuldade no diagnóstico de ITS's que muitas vezes são assintomáticas na apresentação, o que retarda o tratamento [150-153].

Desigualdade de género: Múltiplos parceiros sexuais vs relações sexuais desprotegidas

Destacando a perceção das participantes sobre as práticas de risco para a infeção pelo VIH/SIDA, encontramos referência aos comportamentos de risco individual, tais como: o fato dos homens e algumas mulheres terem múltiplos parceiros sexuais o que é tolerado para os homens, não para as mulheres pela sociedade; Relações sexuais desprotegidas, práticas sexuais transacionais; dada a incapacidades das mulheres de imporem aos homens a adoção de comportamentos sexuais saudáveis, devido à sua dependência económica em relação aos homens, e também pelo fato de terem sido educadas para aceitar tudo o que o homem deseja, o que limita a sua capacidade de negociar sexo seguro.

Moçambique vive um ambiente de epidemia do VIH severa. Atualmente, 15% de mulheres grávidas entre os 15 e 49 anos de idade vivem com o vírus causador da SIDA. A epidemia tem um carácter heterogêneo em termos geográficos, sócios demográficos e socioeconômicos: mulheres, residentes urbanos, pessoas residindo nas regiões sul e centro são mais afetadas pelo VIH/SIDA. A principal via de transmissão continua a ser heterossexual em cerca de 90% dos casos em adultos. Entre os principais fatores impulsionadores da epidemia destacam-se os parceiros sexuais múltiplos e concomitantes; baixos níveis de utilização do preservativo; alta mobilidade (*mukero*: comércio transfronteiriço) e migração (para trabalho sobretudo nas minas da África do Sul) associada à elevada vulnerabilidade; prática de relações sexuais entre pessoas de gerações diferentes; relações transacionais; desigualdade de género e violência sexual; e níveis baixos de circuncisão masculina (INSIDA, 2009).

Do cenário aqui retratado é visível que, globalmente, na África Subsaariana, em Moçambique e em Maputo, as mulheres são o segmento da população cujo índice de prevalência em VIH é mais marcante, o que vislumbra uma face feminizada da epidemia. Para este fato contribuem questões biológicas das mulheres e também questões sociais, isto é, pelos dados sobre prevalência que apresentamos, os fatores biológicos, fatores socioculturais (normas e representações sociais, casamento precoce, sexo entre gerações diferentes, violência de género e fatores económicos), limitado acesso e controlo dos recursos e pobreza, são os fatores que contribuem para que a

epidemia do VIH/SIDA tenha este rosto feminino e que a situação das mulheres seja de muita vulnerabilidade comparativamente à dos homens em Moçambique [70]{.

Estes fatores estão intrinsicamente ligados à forma como as desigualdades de gênero, de acordo com Kula (2009), colocam a mulher numa posição de subordinação em relação ao homem e a torna mais vulnerável. No entanto, mesmo se reconhecendo a importância da desigualdade de gênero na configuração da epidemia e seus efeitos em Moçambique, a resposta está ainda longe do desejado e, consequentemente, a resposta à feminização do VIH tem sido fraca. Essa fraca resposta à feminização do VIH no país é também reflexo de como a desigualdade de gênero está sendo tratada. Os índices de desigualdades entre mulheres e homens e, também, as normas culturais e tradicionais que descriminam as mulheres são pouco combatidas e não variam muito entre os diferentes segmentos sociais.

Essa situação das mulheres se apresentarem mais infetadas que os homens pelo VIH têm igualmente implicações no contexto das relações em âmbito familiar, porque, na maioria das vezes, são as mulheres que assumem o papel do cuidado com seus familiares e diante da epidemia são as mulheres e, muitas vezes, as mais velhas, que assumem o cuidado com os PVVIH e os órfãos decorrentes do VIH. Porém, este cuidado se torna um desafio preocupante, porque essas mulheres hoje se encontram infetadas e têm de cuidar de si mesmas, bem como, no caso das mulheres por nós contatadas, têm que enfrentar o problema do desemprego e outros fatores que dificultam o enfrentamento cotidiano com o VIH.

No processo de feminização do VIH, de acordo com Guimarães (2001), os estereótipos associados à figura do “aidético” fazem com que certas mulheres sejam culpadas pela disseminação do VIH, tendo que carregar o peso dos tabus, medos e estereótipos ligados à sexualidade [70].

Pesquisando sobre a feminização do VIH em Moçambique, alguns autores apontam que a fraqueza da qualidade e cobertura dos serviços de saúde em nível nacional e o baixo nível de partos assistidos institucionalmente, quando aliados aos casos de violências sexuais e domésticas contra as mulheres e a sua posição subordinada aumenta a vulnerabilidade. A maior vulnerabilidade das mulheres à epidemia é o resultado de

constrangimentos sociais. Este cenário espelha que as mulheres infetadas têm problemas relativos à disponibilidade e acesso aos serviços de saúde, bem como que elas são o segmento da população mais sujeito às vulnerabilidades decorrentes da sua condição social de “inferioridade” e de vítimas de abusos sexuais e violências de gênero, fazendo com que essa vulnerabilidade das mulheres em relação ao VIH esteja diretamente relacionada com as relações de gênero, dependência econômica e aos fatores socioculturais [24, 70, 120].

Observou-se que apesar de as mulheres terem acesso a informação sobre o VIH, disponibilizada pelas associações e organizações parceiras, como foi possível observar nas atividades das associações durante o trabalho de campo, constatou-se que em relação a questões específicas relacionadas com o domínio dos fatores de risco, há inconsistência nos conhecimentos das participantes.

Como atividades, a associação A, distribui roupas doadas, utensílios domésticos, alimentos para seropositivos adultos e suplemento alimentar para crianças. Promove palestras para a mudança de comportamentos de risco, uso correto e consistente do preservativo, apadrinha crianças órfãs e vulneráveis e realiza casamentos coletivos de pessoas carentes vivendo com VIH/SIDA. Além disso, desenvolve trabalhos psicológicos para a recuperação da autoestima e promove atividades de Aconselhamento e Testagem Voluntária em VIH. Os testes são realizados na associação e nas outras unidades sanitárias cujos resultados são apresentados na associação – o aconselhamento é feito por ativistas que fazem busca ativa que são doentes recuperados pela a associação.

A associação B, realiza acolhimento e aconselhamento nas US e na comunidade; buscas de doentes na comunidade no caso de se verificarem faltas a consulta, aos exames complementares de diagnósticos, faltas no levantamento da medicação na farmácia e falta no controlo das infeções oportunistas, visitas e cuidados domiciliários consentidos; Sensibilização para adesão aos serviços de saúde (GAAC, VBG, TARV, TB, PTV) e outros; Palestras educativas na comunidade; Referência e contra referência; Divulgação de leis, políticas, protocolos, normas, direitos e deveres; Capacitação (OCBs, Provedores, líderes, GAAC, Utentes); Apoio à Resolução de casos de violação de direitos (Sistema, Provedor, Utentes); Advocacia para acesso aos serviços e

medicamentos; Apoio à criação e revitalização de Comités de Saúde e de Co-Gestão e Humanização. Melhoria da adesão e retenção ao tratamento (VIH e TB); Apoio na revelação de seroestado aos parceiros(a) e a família.

Práticas culturais

Os aspetos de natureza sociocultural contribuem muito para o agravamento da vulnerabilidade individual das mulheres. É possível afirmar que a relação entre homens e mulheres nesta sociedade se baseia na demarcação de papéis distintos, favorecendo o homem, permitindo-lhe oportunidades de modo desigual em relação à mulher, o que, por conseguinte, agrava as suas vulnerabilidades diante da infeção pelo VIH/SIDA [54, 59, 108].

Este estudo, relativamente á relação entre vulnerabilidade, desigualdade de gênero e infeção por VIH, identificou ainda o *Kutchinga* como prática cultural que contribui para vulnerabilidade das mulheres á infeção pelo VIH/SIDA e outras ITS's. Esta prática é mais comum na região sul de Moçambique. Maúngue (2015), ao analisar a face feminina do VIH em Moçambique e Quive (2004), ao estudar as relações entre género e desenvolvimento apontam no mesmo sentido. Tal como o aponta Passador (2009) no seu estudo sobre Tradição", pessoa, gênero e DST/VIH/SIDA no Sul de Moçambique, que procura compreender como as práticas tradicionais ou culturais, exercem influência sobre a vulnerabilidade às ITS's e VIH [154].

Numa pesquisa de Monteiro (2011), que analisa a influência da cultura nas ações de combate a infeção pelo VIH/SIDA em Moçambique, refere-se que muitas mulheres se infetaram em cerimônias de *Kutchinga* [68, 155]. A situação de dependência económica leva as mulheres a submeterem-se a imposições familiares receando ser despojadas da sua herança.

No âmbito da vulnerabilidade individual, no contexto das práticas culturais, a crença em Curandeiros constitui também um fator de risco para a infeção. Neste domínio, ficou realçada á utilização de instrumentos perfuro-cortantes, nos procedimentos "curativos", que não são esterilizados, o que represente risco de infeção pelo VIH/SIDA. Nos

parágrafos que se seguem apresentam-se algumas explicações, que as pessoas dão para o recurso aos praticantes de medicina tradicional, encontradas em vários estudos

Uma tese de mestrado Luísa Gomes Meireles (2011), retratando : A vivência da doença mental e a influência da Medicina Tradicional. O caso de Moçambique Virtualmente em todos os países africanos o governo encoraja a população a escolherem a biomedicina, incluindo a medicina hospitalar, farmácias e clínicas. No entanto, na maior parte dos países africanos, a medicina hospitalar só está ao alcance de uma parte da população. Na grande maioria dos países, a medicina popular praticada por curandeiros locais é ilegal. Os pacientes preferem recorrer aos PMT para os seus tratamentos .

Meireles (2011), citando um clássico da “Antropologia Estrutural” de Lévi-Strauss (1989), diz que a eficácia simbólica da Medicina Tradicional, que refere que não há razão para duvidar da eficácia de certas práticas mágicas. Mas, vê-se, ao mesmo tempo, que a eficácia da magia implica na crença da magia, e que esta se apresenta sob três aspectos complementares: existe, inicialmente, a crença do feiticeiro na eficácia de suas técnicas; em seguida, a crença do doente que ela cura, ou da vítima que ele persegue, no poder do próprio feiticeiro; finalmente, a confiança e as exigências da opinião colectiva, que formam a cada instante uma espécie de campo de gravitação no seio do qual se definem e se situam as relações entre o feiticeiro e aqueles que ele enfeitiça.

Tendo em conta a realidade de Moçambique, Alcinda Honwana (2003), em *Espíritos vivos, tradições modernas: possessão de espíritos e reintegração social pós-guerra no sul de Moçambique*, Lisboa.

não se pode colocar esta divisão de categoria sobrenatural em religioso e social, uma vez que coloca os espíritos mortos fora do mundo social. Em Moçambique, os espíritos pertencem ao social e constituem uma parte activa do quotidiano (Honwana, 2003).

Maria Meneses, (2000), em “Medicina Tradicional, biodiversidade e conhecimentos rivais em Moçambique”, *Publicado pela Oficina do Centro de Estudos Sociais da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, CES, 150* e disponível em: <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/150/150.pdf>, aborda as práticas de tratamento presentes em Moçambique e que hoje se designam de “Medicina Tradicional” assentam no pressuposto de que estar de boa saúde significa realizar a si mesmo um equilíbrio necessário, estar em paz com os antepassados, com os vizinhos, com o próprio corpo

(incluindo a higiene); estar convenientemente alimentado (o que na actualidade inclui ter emprego que garante o sustento) e protegido de males, sejam naturais ou enviados” (Meneses, 2000).

Paulo Granjo (2009), em “Saúde, doença e cura em Moçambique” em Lechner, Elsa (org.), *Migração, Saúde e Diversidade Cultural*. Lisboa, ICS, diz que para entender as práticas e o papel social dos *vanyanga* é necessário compreender quais os sistemas de interpretação do infortúnio, da saúde e doença que estão presentes na população moçambicana. Por um lado, o acaso não existe, nenhuma coincidência é casual e nenhum acontecimento é indesejável se limita a ser «natural»; por outro a dicotomia entre corpo e mente não se aplica neste sistema, tal como a dicotomia entre saúde individual e contexto social. Assim, nenhuma morte é considerada como «natural» e raras doenças o são, por muito que se possam considerar naturais as suas razões físicas imediatas.

O consumo de substâncias psicoativas e adopção de comportamentos sexuais de risco

Estudou-se também a possível relação entre o consumo de álcool e outras substâncias psicoativas e a infeção pelo VIH/SIDA em mulheres. Assim, considerou-se o conceito que define Droga como “*toda substância que introduzida num organismo vivo pode modificar uma ou mais funções deste*”[156]. As mulheres referiram o álcool e drogas ilícitas como cannabis, marijuana e haxixe por serem as mais vistas e faladas no contexto dos seus bairros e consumidas pelos jovens de ambos os sexos. As participantes referiram o consumo de bebidas alcoólicas como o problema mais comum. Neste contexto consideram-no como um problema pela modificação de comportamentos que muitas vezes se relacionam com a criminalidade e casos de violência de acordo com os relatos de algumas participantes [99, 157, 158].

Não é habitual o consumo de álcool entre as entrevistadas, o que pode estar relacionado com o reconhecimento das limitações impostas pela sua condição de infetadas e pelo fato de estarem em TARV. No entanto, as entrevistadas reconheceram a existência de uma relação entre consumo excessivo de álcool e comportamentos de risco. Um estudo na África subsaariana e em particular em Moçambique onde a infeção é

maioritariamente resultante de relações sexuais desprotegidas, refere que a desinibição provocada pelo consumo de bebidas alcoólicas leva a comportamentos de risco [159, 160]. Experiências de violência sexual também têm sido associadas ao uso de drogas e álcool, práticas de relações sexuais de risco, sexo transacional e menor uso de anticoncepcionais, tal como reportam os resultados deste estudo [86, 161].

Entretanto, o INSIDA (2009) mostra que entre as mulheres de 15-49 anos de idade, 26% afirmam que durante a sua vida já consumiram bebidas alcoólicas. Dentre estas, 15% não consumiram bebidas alcoólicas nos 12 meses anteriores ao inquérito, enquanto a maioria (74%) consumiu entre 1-4 vezes por mês e 10% consumiu duas ou mais vezes por semana. As mulheres residentes em áreas urbanas (33%), de Maputo Cidade (59%) e as de nível de escolaridade superior (72%) são mais suscetíveis de terem consumido bebidas alcoólicas comparativamente a outras mulheres [156, 159, 162]. Um estudo mostrou que a exceção de Maputo Cidade, uma baixa proporção de mulheres reportaram relações sexuais em estado de embriaguez ou sob efeito de drogas. Entretanto, cerca de 3% reportam relações sexuais com um parceiro nestes estados. A proporção é maior nas áreas urbanas comparativamente as rurais e entre mulheres de quintil de riqueza mais elevado [26].

Um estudo realizado em Moçambique, concluiu que apesar da tendência no sentido de maiores prevalências de consumo atual com o aumento educação, não foram observadas associações significativas após o ajuste para as variáveis sociodemográficas. O consumo corrente foi significativamente mais frequente em indivíduos com maior renda familiar. Não foram observadas diferenças urbano-rurais estatisticamente significativas na prevalência de bebedores atuais após o ajuste para idade, escolaridade e renda familiar (mulheres, OR = 1.10, ICOR=0.59-2.06; homens, OR = 1.18, ICOR=0.66-2.10). Este estudo estabeleceu associação entre ser VIH+ e ter alguma vez consumido álcool. Outros estudos estabeleceram uma forte associação entre abuso de álcool e comportamento sexual de alto risco e infecção pelo VIH/SIDA, na África subsaariana. Esta associação pode ser estabelecida em Moçambique particularmente, onde a infecção é maioritariamente resultante de relações sexuais desprotegidas [159, 160].

Na África Subsaariana o abuso de álcool aumentou acentuadamente nas últimas décadas e esta tendência deverá prevalecer, devido à forte ligação entre capacidade sexual e

consumo de álcool, bem como a pressão de compra exercida pelo marketing da indústria de álcool, que requer vigilância [160, 163]. No entanto, as estimativas de consumo, geralmente baseada na produção e dados de vendas, muitas vezes não incorporam o consumo de álcool não contabilizado de contrabando ou de produção caseira que continua a ser uma importante parte da produção de bebidas alcoólicas. Na maioria das pesquisas anteriores sobre o consumo de álcool em África os países não abordam os padrões de consumo em toda semana, ou de acordo com características sociodemográficas que são características importantes para uma descrição adequada do consumo e da epidemiologia de álcool em países sob transição epidemiológica [159].

O consumo de álcool tem sido associado ao risco de infecção pelo VIH e outras ITS's nos países África subsaariana devido desinibição que provoca levando a adoção de comportamentos sexuais de risco. Não há evidência publicada de uma relação entre uso de álcool e de transmissão do VIH em Moçambique, porém o seu consumo tem-se associado a comportamentos de risco. Bebidas alcoólicas de fabrico caseiro e menor custo a base da fruta como caju, do milho e cana-de-açúcar estão disponíveis em áreas rurais e periferias das grandes cidades como Maputo e Matola. A cerveja está amplamente disponível nas zonas urbanas onde é produzida. Algumas evidências indicam existir uma associação entre uso de drogas e consumo de álcool é por isso um tema importante e prioridade em investigação futura relacionado ao VIH/SIDA [164-166].

Um estudo realizado no Quênia em 2008, recrutou homens que fazem sexo com homens, recolhendo informação de dados sociodemográficos, uso de álcool e substâncias, comportamento sexual, violência e sintomas de ITS's. Os modelos multivariados examinaram as associações entre as três medidas de consumo de álcool e uso de preservativos, violência sexual e descarga peniana ou anal. Os 442 participantes relataram uma média de 2 clientes / semana (IQR = 1-3), com a metade usando preservativos consistentemente nos últimos 30 dias. Dos aproximadamente 70% dos homens que bebiam álcool, metade (50,5%) bebiam duas ou mais vezes por semana. O consumo compulsivo de água era comum (38,9%). O estudo concluiu ainda que os trabalhadores do sexo masculino têm altos níveis de consumo perigoso e nocivo e requerem intervenções de redução de álcool. Comparado com os indicadores de

frequência ou padrão de consumo, a medida do Teste de Identificação de Transtornos de Uso de Álcool (AUDIT) possui associações mais fortes com uso inconsistente de preservativos, sintomas de ITS's e violência sexual [167, 168].

Um estudo que utilizou um questionário de 4 itens, ferramenta de rastreio que avalia a existência problemas de abuso de álcool (CAGE) observou que o uso de álcool insalubre (o espectro de beber quantidades de risco por dependência do álcool) é mais prevalente entre os pacientes PVVIH pelo VIH do que na população em geral.

O consumo abusivo de bebidas alcoólicas inclusivamente de teor alccolico duvidoso tem sido associado a progressão da doença VIH/SIDA, comportamentos de risco e diminuição da adesão à terapia antirretroviral. Em adultos com transtornos sociais e pessoais por uso de álcool (por exemplo, problemas sexuais - masculino, depressão, o consumo de heroína, cocaína, divórcio e menos educação) têm sido associados a um pior prognóstico. O contexto em que os indivíduos vivem tem influência sobre a adesão ou não ao consumo de bebidas (por exemplo, pressão social para beber tem sido associada a recaídas entre os indivíduos com dependência de álcool) [169].

Não há consumo de drogas entre as participantes deste estudo e pouco se sabe sobre o uso de drogas e álcool em Moçambique. A maioria das comunidades moçambicanas não tem recursos suficientes para sustentar compra de medicamentos nem as populações que se localizam em corredores de distribuição de drogas ilícitas. No entanto, Maputo, Beira, e outras cidades menores são potenciais locais de circulação de drogas dado que existem portos locais através dos quais drogas podem ser importados para a África do Sul ou Zimbábue. Em outros lugares da África Subsaariana o uso de drogas como heroína, Mandrax, metanfetamina e cocaína tem vindo a aumentar. As implicações do aumento da transmissão do VIH/SIDA, através de agulhas contaminadas e maior comportamento de risco com a expansão do uso de drogas ilícitas foi observado na África do Sul, Quênia, Tanzânia, Ilhas Maurícias, e da Nigéria [170]. No momento, a evidência científica sobre a relação entre uso de drogas e a infeção pelo VIH é bastante limitada em cidades de Moçambique, tais como Maputo ou Beira, tornando se assim, uma área importante para pesquisa futura.

Situações de violência

As participantes afirmaram que o consumo de bebidas alcoólicas é parte de um amplo conjunto de causas que contribuem para a ocorrência da violência doméstica, situação de carência e dificuldades económicas no seio das famílias; a deterioração dos valores morais e os comportamentos sexuais de risco. A educação tradicional que torna as mulheres submissas leva-as a sujeitarem-se a violência física. Porém, as mulheres neste estudo desaprovam a violência, consideram-na ilegítima e têm consciência da injustiça da desigualdade de género[154, 171].

Nenhuma mulher declarou ter sido diretamente vítima de violência. Contudo, algumas lembraram e contaram casos que ocorreram com outras mulheres conhecidas, como vizinhas, familiares que foram vítimas de tentativas de agressão, ou estiveram envolvidas em situações de violência. Este é um fator de vulnerabilidade da mulher, que não pode ser separada das normas e dos valores culturais que legitimam esses valores, as crenças e os comportamentos inculcados nos rapazes e raparigas ao longo do processo de socialização.

O INSIDA (2009) Constatou que a maioria das mulheres VIH+ (52,6%) e VIH- (65,3%) acha que a violência contra as mulheres é um fator de vulnerabilidade, podendo isto significar que independentemente do *sero-estado*, a violência é entendida como um precursor da vulnerabilidade da mulher à infeção. Apesar deste resultado expressivo no que diz respeito ao entendimento sobre as implicações da violência no contexto da infeção pelo VIH, são poucas as mulheres que reportaram terem sido vítima de violência (VIH+:3% e VIH-:2,1%), neste inquerito.

Muitas das vulnerabilidades estão relacionadas com as desigualdades de género e a violência baseada no género. A desigualdade de género é criada e perpetuada em parte pelo ambiente social, normas que definem culturalmente as funções apropriadas para homens e mulheres. Papéis de género que estabelecem hierarquias, tais como noções de direito sexual masculino, o baixo valor social e poder das mulheres. As ideias de masculinidade ligadas ao controle sobre as mulheres que impedem a mulher de aceder a educação e/ou formação. Limitação a mulher do exercício de alguns papéis públicos

como o trabalho fora de casa. A falta de apoio social e jurídico para mulheres [73, 101, 105, 172, 173].

Vários estudos africanos mostram que muitas mulheres têm maior probabilidade de contrair a infecção pelo VIH. A negociação sexual ou recusa de ter relações sexuais por parte de uma mulher pode resultar em suspeitas de infidelidade. E com frequência resulta em violência por parte do parceiro íntimo, e esta violência é muitas vezes tolerada pela sociedade. As mulheres em “subordinação sexual” expõem-se a riscos elevados de saúde reprodutiva, incluindo a mortalidade materna, aborto inseguro, sexo forçado (estupro), ITS e VIH. A violência contra as mulheres é um problema global e um fator de risco para o VIH e outras ITS's [42, 105, 174, 175].

Vulnerabilidade Social

Desigualdades de género

As expectativas em relação a cada um dos sexos determinam o papel que estes ocupam na família, o que por sua vez irá influenciar o lugar que cada um ocupará na comunidade e na sociedade em geral assim como as suas oportunidades de vida no futuro. Como já se viu anteriormente, desde cedo a rapariga aprende a ser submissa e a ocupar uma posição de subordinada tanto na casa dos seus pais como no seu futuro lar. Aliado ao papel subordinado da mulher na família está a representação social da violência contra a mulher que impede que as vítimas procurem apoio por medo ou vergonha, o que contribui para a perpetuação da violência [69, 120, 176].

A rutura do modelo cultural que conforma a mulher à dominação masculina é fundamental para a prevenção da infecção pelo VIH/SIDA. No entanto, constata-se a ambiguidade da atitude dos agentes sociais que, por um lado, participam nas campanhas contra a epidemia e, por outro, mantêm um discurso que constrange a sexualidade feminina à reprodução, o qual traduz a permanência da subalternidade da mulher. É este modelo de subalternidade social da mulher que permite que hoje se explique a alta prevalência do VIH/SIDA entre mulheres, fenómeno que é conhecido como feminização da SIDA. Portanto, o alastramento da doença deve ser compreendido através do modo como são construídos e legitimados os direitos sexuais e reprodutivos da mulher. Isto significa que a maior ou menor vulnerabilidade das pessoas à doença,

embora dependendo de um conjunto de fatores - que vão desde a falta de informação até à pobreza - tem como imperativo causal, um modelo social que se reproduz pela desigualdade de género.

Aqui vale a pena mais uma vez referir que em Moçambique, tal como noutras regiões do continente, as mulheres continuam a ser socializadas para serem mães e esposas. A escola é um lugar de passagem ou de construção de alguma mais-valia para a futura família, e que as atividades profissionais por elas exercidas, sejam vistas e vividas como uma necessidade de sobrevivência coletiva e menos como uma necessidade de realização pessoal. Esta negação da mulher como sujeito do seu próprio destino tem consequências, a nível da sua saúde reprodutiva e sexual. Os mecanismos que articulam a subalternidade da mulher são os meios, tanto no que se convencionou chamar sociedade tradicional como no contexto da modernidade, de conformação de um sistema que nega às mulheres capacidade de decisão [177].

Um estudo que explorou fatores de risco para infeção por VIH/SIDA em mulheres na África do sul, Índia, Quênia e Uganda mostra que as mulheres que já haviam sido casadas eram mais vulneráveis do que as que nunca se casaram, e as viúvas tinham maior risco. Os resultados espelham que o casamento tem um papel social importante, mas pode limitar as mulheres no que diz respeito ao controle sobre suas vidas sexuais no sentido em que a elas apenas cabe o papel de obedecer os maridos sem poder questionar a vida sexual dos seus parceiros fora do casamento, o que as torna vulneráveis à infeção pelo VIH [178-181].

Algumas práticas culturais locais fazem com que as mulheres tenham um risco aumentado de contrair o VIH. É plausível que algumas diferenças socioculturais influenciam as taxas de prevalência de VIH. Estas práticas culturais, incluem casamentos prematuros, iniciação sexual precoce que podem ocorrer durante ritos de passagem, práticas sexuais ligadas à "purificação de viúvas", cortar a pele durante o tratamento médico tradicional, e desejos dos homens de ter relações sexuais sem proteção. Embora nenhum estudo sistemático relacione estas práticas com a infeção pelo VIH em Moçambique, o uso de facas e lâminas não esterilizadas, sexo desprotegido, escoriação e outro trauma sexual são fatores de risco para a transmissão. Estudos antropológicos realizados em Moçambique para identificar padrões nas

estruturas casamento (monogamia, poligamia), tipo de padrão de sociedade (matrilinear, patrilinear) e idade do casamento encontrou variações significativas em normas comportamentais e sociais dentro do país nos 16 principais grupos étnicos[182, 183].

Fora de Moçambique, em determinados grupos étnicos com sistemas de descendência patrilinear normalmente resultam em que o primeiro casamento para as mulheres seja celebrado em uma idade mais jovem, havendo um maior fosso entre a idade do marido e da esposa, que é ainda mais jovem. Nas sociedades matrilineares, a média de idades para o casamento é entre os 15-17 anos de idade e em sociedades patrilineares a média é ligeiramente mais elevada (entre os 18-21 anos) [152, 153, 184, 185].

Este estudo mostra que as praticantes da religião protestante tinham prevalências de infecção elevadas quando comparadas com as mulheres que praticavam outras religiões. A poligamia e sistemas de descendência patrilinear são comumente praticadas em todo o país. A maioria das pessoas nas zonas sul e centro do país é cristã. Por outro lado, o norte é povoado por uma grande percentagem de muçulmanos e tal como noutras regiões semelhantes em África, as taxas de infecção por VIH são tipicamente menores do que em outras regiões, provavelmente devido à natureza ao regime fechada dos casamentos poligâmicos e as respetivas redes sexuais, menor incidência de sexo antes do casamento, e taxas muito mais elevadas de circuncisão masculina [186].

Impacto da doença e morte de cônjuge

No quadro dos valores culturais emanados das normas e dos costumes, acredita-se que a morte é um fenómeno associado a implicações malignas que exige um tratamento especial para a pessoa diretamente atingida ou para a família inteira. Este tratamento na área patrilinear (Sul de Moçambique) é designado por *kubassisa* e na sociedade matrilinear por *namurapi*, de acordo com o discurso popular. A morte produz uma situação de perigosa impureza que afeta a comunidade e que põe em estado negro a viúva e ela tem que ser purificada para evitar que o estado negro criado pela morte venha a provocar infortúnios na sua vida futura como, por exemplo, doença dos filhos, esterilidade da viúva depois de contrair novo casamento e instabilidade no novo lar. Um estudo mostrou que muitas vezes os rituais de purificação são utilizados como testes para legitimar a “culpabilidade” da mulher na morte do marido [97]. O modelo cultural

patriarcal que predomina na região sul de Moçambique, usando como pretexto a preservação dos bens deixados pelo falecido, exerce de forma aberta e cruel a violação dos direitos da mulher, mas sobre os efeitos da viuvez discutir-se-á mais adiante. Verificou-se que o impacto combinado da doença com a morte dos maridos em decorrência da VIH/SIDA é enorme para as mulheres. Para além da dor da perda do companheiro e a redução drástica no rendimento da sua família, ocorrem situações de usurpação de bens pelos familiares do esposo falecido. Isto é explicado pelo fato de o legado econômico ser transmitido sempre para o filho mais velho do casal, e na ausência deste, passa para o seu irmão ou outro parente da linhagem paterna. Após o casamento a noiva muda-se para a casa do esposo, saindo da sua aldeia para morar na aldeia do marido. Os laços de parentesco e de filiação se dão através da linha paterna. Nesse contexto, os homens assumem a propriedade dos recursos do agregado familiar e são eles que autorizam as mulheres no uso destes recursos [68, 71].

O Estigma e a Discriminação

As mulheres entrevistadas exteriorizaram seus sentimentos perante um mundo injusto e preconceituoso e testemunharam os seus papéis de “heroínas anônimas”, porque contribuem para o rompimento do silêncio que envolve o estado sorológico [68, 71, 81]. A situação de infetada pelo VIH/SIDA, historicamente foi considerada uma condição de pessoas com má conduta social e carrega com ela muito preconceito, descriminação, estigmatização, segregação, abandono, a falta de sigilo, confidencialidade e outros males. Esses males fazem com que as PVVIH vivam com o dilema de revelar ou não o seu estado sorológico, sobretudo as mulheres. Mantêm em segredo; vivem isoladas sem convívio social (família ou com vizinhos e/ou membros da comunidade de onde fazem parte) [68, 71, 97]. A semelhança de outros estudos realizados em Maputo, este estudo também permitiu dar alguma visibilidade a estas mulheres e muitas outras que na condição de PVVIH não têm a oportunidade e nem a coragem de exteriorizarem a sua vivência devido á discriminação no seio familiar e no espaço público.

As participantes relataram momentos de estigma que fizeram parte das suas experiências e vivências nas relações sociais com familiares e vizinhos nos bairros onde residem, lugares de convivência, onde elas deviam ter maior apoio e suporte e

acolhimento. E estes aspetos são causas sociais que podem tornar-se barreiras no enfrentamento da condição de infetadas pelo VIH/SIDA.

Alguns estudos indicaram que nos esforços de capacitar as mulheres para o enfrentamento do estigma e discriminação devido á infeção pelo VIH/SIDA, deve-se prestar mais atenção aos grupos menos favorecidos, os que sejam menos informados ou menos escolarizados, os residentes nas áreas rurais ou periferias das grandes cidades ou pertencentes às famílias pobres, como são as nossas entrevistadas [43, 92, 187].

O fato de as mulheres constituírem o segmento da população mais estigmatizada reforça a sua condição de subalterna. Também ajuda na reflexão sobre a feminização do VIH e mostra que as relações desiguais de gênero estão presentes na vulnerabilidade feminina à infeção. Consequentemente, os demais impactos sociais que a condição de PVVIH traz, afeta-as emocional, social e financeiramente. Em outros estudos, ficou demonstrado que à semelhança deste as falas das mulheres têm constrangimentos que elas sofrem em sua vivência. Elas estão expostas a situações e relações sociais marcadas por estigma, discriminação e segregação social associada ao estado sorológico. As mulheres passam por situações de perturbações, dificuldades de vária ordem incluindo situações humilhantes [71, 101, 188].

As participantes referiram que também são alvo de más falas e comentários pejorativos, aspetos que mostram como o estigma e a discriminação associados ao VIH continuam. Esses aspetos fazem com que a infeção por VIH seja uma doença com conotações desvalorização moral e socialmente. Diante destes cenários, isto é, como estratégia de fugir ao estigma e discriminação, as mulheres tendem a esconder o seu estado serológico, ficando em silêncio ou omitindo o estado. Esta questão de as PVVIH não revelarem o estado serológico foi algo que sentimos como dificuldade para entrevistá-las, uma vez que elas se preocupavam com o fim que seria dado ao material, temendo que ficassem expostas e tal receio foi também encontrado em outros estudos semelhantes [68, 71, 73, 189-191].

Em outros estudos viu-se que as mulheres confrontavam-se com hostilidades e rejeição das pessoas próximas, o que aumenta o risco de distanciamento de seus familiares ou de relações sociais importantes, como as de vizinhança. Mergulhadas neste contexto, a

difficuldade em falar do diagnóstico faz parte das experiências/vivências com a infeção [68, 73, 150, 192, 193].

Á semelhança dos resultados obtidos por Estavela (2014), Iriat (2015) e Maúngue (2015), em estudos realizados em Maputo, observou-se, que estrategicamente, as mulheres preferem não revelar o seu estado serológico por forma a evitar rejeição social. Essa pode vir de pessoas próximas como família e vizinhos, com quem têm relações significativas [190, 194]. Num outro estudo, Delmira (2010), reforça que as razões que podem estar por de-trás da omissão/silêncio, em comunicar à família que está infetada pelo VIH e que está a fazer o TARV pode ter muitas implicações como: abandono do parceiro, rejeição por parte da família do parceiro, perseguição por parte de parentes, perda de filhos e da casa [195].

A condição de infetadas deu a estas mulheres uma nova vida coletiva por via da sua integração em associações de mulheres vivendo com o VIH/SIDA. Vida coletiva essa que vai além da vida familiar e de vizinhança. Como forma de enfrentamento vimos que elas acabaram por entrar numa nova família, “família positiva” e/ou “família seropositiva”. Essa família confere-lhes vida coletiva, estruturando e configurando o mundo da vida delas. Ao se encontrarem com as “irmãs”(é a forma adotada de tratamento) na associação, para além de fugirem do estigma, elas encontram um lugar de solidariedade, um lugar de partilha do “sofrimento”. Um lugar de partilha de conhecimento e de troca de experiências. Nesse encontrar das “irmãs”, elas aliviam os estresses e dificuldades que apontámos antes. Porém, aliviam e esquecem essas questões por momentos, porque ao saírem da associação voltam às outras redes de convívio, família e vizinhança. E o drama de ser infetada pelo VIH volta a manifestar-se. Mas, o importante é que elas capitalizam essa rede social e de convívio que é estar entre iguais, como é referido por outros estudos [68, 71, 97].

Os membros de um grupo estigmatizado tendem a reunir-se em grupos sociais cujos membros pertencem á mesma categoria. Quando um membro da categoria entra em contato com outro, ambos podem dispor-se a modificar o seu trato mútuo, devido à crença que fazem parte do mesmo grupo. Como referimos para as mulheres que entrevistamos, ao se tratarem como irmãs, vemos que as associações constituem, para essas mulheres, um grupo social como observaram outros autores [92, 97].

Vulnerabilidade Programática

Acesso e utilização de serviços de saúde

No âmbito da vulnerabilidade programática identificamos alguns fatores de acesso e utilização dos serviços de saúde pelas mulheres entrevistadas como disponibilidade dos recursos humanos da saúde e disponibilidade de serviços; tempo de espera para atendimento, a relação pouco amistosa entre profissionais da saúde com os utentes e suas famílias, falta de espaços adequados e de horários ajustados às necessidades das utentes.

Em Moçambique, os serviços de saúde apresentam falhas e constrangimentos diversos. A rede sanitária aumentou, mas a demanda também cresceu muito, por isso os serviços ainda não são suficientes para a população Moçambicana. Um Relatório da Revisão do Sector de Saúde [196, pg. 110] lembra que “Em 2010 menos de 60% da população tinha acesso aos serviços básicos de saúde e vivia em média a cerca de 10 km de uma US. Quase 50% de todas as camas disponíveis no sector de saúde estão localizadas em dois principais Hospitais Centrais de Maputo e Beira. As Províncias mais populosas de Nampula e Zambézia têm o mais baixo número de US com desigualdade de recursos por habitante. A fraca cobertura do acesso a serviços providenciados pelo nível primário dificulta os esforços de melhorar a situação de saúde em Moçambique. A principal barreira ao acesso de serviços de saúde ainda continua a ser as longas distâncias entre as comunidades e os serviços prestados pelo SNS”.

Neste estudo não se encontrou mulheres cujo acesso aos cuidados de saúde tenha sido negado por incapacidade financeira e não foi reportado a existência de algum serviço cujo acesso dependa de disponibilidade financeira. A Constituição da República de Moçambique, garante a saúde como um direito humano básico para todos os moçambicanos. Neste contexto tem sido garantido a todos cidadãos, em particular os mais vulneráveis membros da sociedade que tenham acesso sem restrições a cuidados de saúde primários. O reforço do acesso foi feito através do desenvolvimento da implementação de estratégias incluindo a abolição das taxas de consulta. Destacamos que em Moçambique, o acesso aos serviços públicos de saúde é praticamente gratuito para todos cidadãos, com uma taxa de utilização de 1 Metical para consultas a nível dos centros de saúde e de 5 Meticais para medicamentos (Diploma ministerial 21/2017)

prescritos, com exceção daqueles que servem para o tratamento do VIH/SIDA, malária e tuberculose, incluindo os contraceptivos e as vacinas, que são fornecidos gratuitamente [197-201].

Foi muito referida a falta de pessoal para colocar em funcionamento todos os serviços, daí que havia longas filas que resultavam em tempo de espera também prolongado. A escassez de recursos humanos, em termos de quantidade e qualidade, é uma das grandes fragilidades do país e constitui barreira para responder à demanda dos serviços de saúde e aos objetivos de desenvolvimento do milénio. O governo, mediante os seus programas quinquenais, tenta ampliar a formação de profissionais de saúde em várias áreas, mas a cobertura ainda está aquém do necessário.

A título ilustrativo, a razão de médicos/habitantes é de 7.8 médicos por 100.000 habitantes e Organização Mundial da Saúde preconiza um médico para grupos de 100.000 habitantes. A estatística do pessoal, até 31 de Dezembro de 2015 documenta que o Serviço Nacional de Saúde contava com 48.733 profissionais de saúde, dos quais 48.136 são de nacionalidade moçambicana e 597 de nacionalidade estrangeira. Regista-se um aumento de 4.078 profissionais de saúde em relação ao ano 2014. No global do país, há 1 médico para 9 camas. Este rácio melhorou em relação a 2014. No ano anterior era 1 médico por 12 camas. O HCM apresenta o melhor rácio com 4 camas por médico e a província mais desfavorecida é Tete com 17 camas por médico. O rácio médio de camas por enfermeiro é de 1 enfermeiro por 2 camas, variando de 1 enfermeiro por cama em Gaza, Manica, Sofala, Zambézia e Niassa até 6 enfermeiros por cama em Maputo Cidade (Programa Quinquenal do Governo 2009 – 2015, Programa Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Saúde 2008-2015 e do Plano Económico e Social 2015).

Igualmente com vista à melhoria do acesso e utilização dos cuidados de saúde pelas PVVIH, o MSAU desde 2001 vem desenvolvendo novas abordagens ao atendimento a este segmento de pacientes o que vem minimizando perda de seguimento de pacientes e abandono de tratamento (INE, 2011). [11, 202, 203].

Nos padrões de utilização dos serviços de saúde pelas mulheres, identificámos que tempo gasto com a deslocação para a unidade sanitária não constitui constrangimento,

na medida em que a cidade de Maputo tem US em todos bairros, prestando os cuidados de saúde primários, que inclui o tratamento e os cuidados às mulheres infetadas pelo VIH/SIDA, o que não acontece nos distritos mais afastados das capitais de província. Num outro desenvolvimento concluiu-se que as mulheres tinham dificuldades em obter dinheiro para ir ao tratamento, e este é um problema também já mencionado noutro estudo na população moçambicana (IDS, 2011). Tem sido desenvolvido um amplo quadro estratégico pelo MISAU centrando os esforços no aumento do acesso aos cuidados de saúde (ACA, 2015 e PESS, 2014-2019).

Alguns autores apontam a facilidade de acesso às US e a cuidados médicos como um dos mais importantes focos de satisfação do utente. Os resultados desse estudo revelam que um número de variáveis tem um efeito significativo sobre a satisfação com o acesso aos cuidados de saúde. Em contraste, neste estudo os fatores de acesso como a localização da US e distância a percorrer para aceder à US tiveram um efeito mínimo na satisfação com a utilização. Isto deve-se ao facto da US a que recorrem as mulheres entrevistadas se localizarem perto da sua zona de residência.

O TARV está disponível em Moçambique desde 2003 tendo iniciado a sua expansão ao todo o país em 2004 [27]. Entre os critérios de elegibilidade para o acesso à terapia, à exceção da contagem de CD4 que é *standard*, contava-se a capacidade de provar que a pessoa dispõe de mínimas condições de seguimento e adesão como, por exemplo, dispor de recursos para suportar as despesas do tratamento de infeções oportunistas e controle biológico periódico, alimentação adequada, transporte, endereço fixo, de modo a comparecer às consultas regulares de controlo [204].

Atualmente em Moçambique, está em implementação a abordagem do Testar e Iniciar. De acordo com o despacho nº 1123/100/DNSP/2016, datada de 01 de Setembro do Vice - Ministro de Saúde foi autorizada a implementação da abordagem de "Testar e iniciar" no país. Esta abordagem contempla o início do tratamento antirretroviral a todas as crianças, adolescentes e adultos vivendo com VIH independentemente do estado imunológico ou clínico.

Esta abordagem pretende contribuir para que se atinja melhores resultados de saúde para as pessoas vivendo com a HIV, redução do número de novas infeções e o

cumprimento das novas metas estabelecidas pela ONUSIDA até 2020, nomeadamente: 90% das PVVIH conhecendo o seu estado serológico; 90% das pessoas diagnosticadas ligadas e em tratamento antirretrovirais e 90% das pessoas em tratamento antirretroviral com supressão viral.

Previa-se na altura, que sua implementação fosse feita de forma faseada, sendo que a primeira fase deve ter decorrido de Agosto de 2016 á Dezembro de 2017 e cobriria um total de 29 distritos sendo inicialmente 12 distritos nomeadamente, Cidade de Maputo, Cidade da Matola, Cidade de Xai-Xai e distrito de Xai-Xai, distrito de Chókwè, distrito de Maxixe, Cidade da Beira, Cidades de Chimoio, Tete, Quelimane, Nampula, Lichinga e Pemba.

Posteriormente, ainda dentro da Primeira fase de implementação seriam incorporados os distritos de Manhiça, Bilene, Namacurra, Mocuba, Nicoadala, Dondo, Moatize, Nhamatanda, em Fevereiro de 2017 Distrito de Manica, Mueda, Gondola, Montepuez, Nacala-Porto, Vilanculo, Massinga, Cuamba, Changara, em Agosto de 2017.

A orientação do processo era de no Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS) seria necessário: 1. Garantir que durante o aconselhamento e testagem para o VIH, o provedor siga as orientações da Diretriz Nacional de ATS com ênfase para - a.

Abordagem e seleção correta dos grupos prioritários a serem testados, com vista a alcançar o maior numero de pessoas positivas para o VIH; b. Seguimento correto do algoritmo nacional de testagem; c. Seguimento correto do procedimento operacional padrão de testagem; d. Seguimento correcto dos fluxos de gestão de testes rápidos e de informação. 2. Garantir que sejam respeitadas todas as etapas do ATS - a. Aconselhamento pré-teste; b. Aconselhamento durante o processo de testagem e C. Aconselhamento pós-teste. 3. Garantir que sejam respeitados os princípios orientadores do ATS: a. Consentimento informado, b. Confidencialidade, c. Aconselhamento, d. Resultado correcto dos testes e o e. Ligação entre os serviços de testagem e os de cuidados e tratamentos.

No seguimento dos pacientes com VIH preconizava-se: 1. O seguimento no Apoio Psicossocial e Prevenção Positiva deve ser feito no mesmo dia da abertura do processo e

neste o paciente receberá o acolhimento, aconselhamento e educação para o TARV; 2. Garantir uma avaliação minuciosa do paciente incluindo – a. Rastreo e tratamento das infecções oportunistas (IO's), b. Início das profilaxias para todos os pacientes que reúnam critérios para o efeito e c. Oferta do pacote de APSS e PP pelo clínico. 2. Iniciar TARV dentro de 15 dias desde que o paciente – a. Aceite iniciar o TARV, e que esteja devidamente preparado para tal (Que o paciente seja submetido a pelo menos uma sessão de aconselhamento e Que seja avaliado o nível de sua preparação pelo clínico imediatamente antes do início do TARV); b. Os esquemas de tratamento antirretroviral devem ser os mesmos usados até ao momento, de acordo com as orientações nacionais; c. As mensagens de APSS e PP devem ser E está a ser feita de forma faseada. Durante o primeiro semestre de 2017, e segundo o plano de implementação pré-estabelecido, 8 distritos da fase 2 (106 US) iniciaram a implementação da nova abordagem. Subsequentemente, no segundo semestre de 2017, 37 distritos da fase 3 (381 US) iniciaram a implementação da nova abordagem. Como parte do processo de preparação para implementação do testar e iniciar, em Fevereiro de 2017, todas as US da fase 2 foram submetidas a uma avaliação para aferir o seu nível de prontidão para iniciar a nova abordagem. As US da fase 1 e que iniciaram a implementação do testar e iniciar em Agosto de 2016 foram submetidas a uma segunda avaliação de prontidão durante o mesmo mês, e o mesmo sucedeu com as US da fase 1 e 2 no segundo semestre, antes do início da fase 3. A avaliação incluiu áreas consideradas chave para implementação do testar e iniciar, incluindo aspectos importantes do aconselhamento e testagem em saúde (abordagens de testagem, gestão de testes e ligação aos cuidados), cuidados e tratamento (APSS&PP e modelos diferenciados de cuidados), laboratório (acesso a carga viral), farmácia (condições de armazenamento, gestão de ARVs e testes rápidos) e nível de formação dos recursos humanos existentes.

De acordo ainda com o MISAU, durante a implementação faseada da abordagem do testar e iniciar, as avaliações de prontidão serão feitas de seis em seis meses em todas as US envolvidas (Relatório Anual das Actividades Relacionadas ao VIH/SIDA, 2017).

A ONUSIDA lançou em 2014 a iniciativa Fast Track, que visa acelerar a resposta ao VIH para que seja possível controlar a epidemia de VIH até 2020 e eliminá-la até 2030. Apesar da aceleração da resposta ser esperada em todos os países, trinta e cinco foram

identificados como prioritários e Moçambique é um deles. Tendo a aceleração da resposta à epidemia como meta para 2020 e a finalização da epidemia como objectivo final em 2030, a ONUSIDA traçou sua nova estratégia (2016-2021), que contém três direcções estratégicas: (1) tratamento, (2) prevenção, e (3) resposta pautada em direitos humanos e equidade de género e dez metas. Dentre as dez metas traçadas, a primeira é o 90-90-90. Essas metas têm como base a cascata de cuidados e tratamento do VIH e significam que 90% das pessoas vivendo com VIH (PVVIH) conheçam seu estado serológico, 90% destas estejam em tratamento e 90% dos que estão em tratamento alcancem a supressão viral. Quando estas três metas forem alcançadas, pelo menos 73% de todas as pessoas que vivem com VIH em todo o mundo estarão em supressão viral. Exercícios de modelagem sugerem que, se alcançamos estas metas até 2020, será possível acabar com a epidemia de SIDA em 2030, o que por sua vez irá gerar profundos benefícios tanto a nível do sistema de saúde bem como ao nível económico. Moçambique está a utilizar as novas orientações de 90-90-90 para monitorar o progresso da cascata de cuidados e tratamento no País. Com a publicação do Relatório Final de IMASIDA 2015 em 2018, Moçambique agora consegue estimar a percentagem de PVVIH que conhecem o seu estado serológico e a percentagem com supressão viral ao nível nacional. Nas cascatas apresentadas a seguir, mostra-se PVVIH (Spectrum 5.63), percentagem de pessoas diagnosticadas VIH+ (projecção baseada em IMASIDA 2015), pacientes activos em TARV (SIS-MA, SIS-H-04), e supressão viral para o nível nacional (IMASIDA 2015), mas sem dados de supressão viral para as desagregações de sexo e idade por falta de disponibilidade. As barras cinzentas com linhas tracejadas representam lacunas na cascata (Relatório Anual das Actividades Relacionadas ao VIH/SIDA, 2017).

No contexto de disponibilidade de serviços (US), é preciso lembrar o impacto dos 10 anos de luta armada pela independência da dominação colonial Portuguesa (1964-1974) e os 15 anos de guerra civil (1977-1992) que resultaram na devastação de infraestruturas como as US e outras. O fim da guerra trouxe aumento da estabilidade social e económica, mas coincidiu com um aumento das taxas de infeção pelo VIH/SIDA.

Porém, todas as participantes realizaram o teste do VIH nas unidades sanitária do SNS, estão em TARV, adquirem o tratamento nas US do SNS, onde também recorrem para

tratar de todos os seus problemas de saúde. As entrevistadas não tem dificuldade para a ceder aos serviços de saúde porque todos os bairros na cidade de Maputo tem uma US que presta os cuidados primários de saúde e atendem doentes crónicos onde se incluem os portadores da infeção pelo VIH/SIDA e distribuem o TARV.

As mulheres tomam conhecimento do seu sero-estado mais rapidamente do que os homens dado que frequentam mais os serviços de saúde por queixas pessoais ou relacionadas com os filhos. E afirmam que os homens sabem muito tardiamente do seu estado em relação a infeção pelo VIH porque ignoram, os convites para realizar teste ou para participar nas palestras, entregues as companheiras pelo pessoal de saúde. Por outro lado, as mulheres são obrigadas a realizar o teste do VIH/SIDA nas consultas do pré-natal, de acordo com o depoimento de uma participante.

Às mulheres infetadas pelo VIH, tem assistência garantida pelo SNS e concretiza-se de modo geral na disponibilidade do TARV. No entanto, a abordagem ao VIH tem vindo a mudar. Esta mudança resulta no tratamento das questões relacionadas com a infeção pelo VIH, semelhante ao das doenças crónicas. Uma parte das mulheres entrevistadas informou apresentava sinais da presença de infeções oportunistas e que tornaram-se uma parte das razões das idas frequentes as US para tratamento. Uma consideração possível é a de integrar a avaliação e tratamento nos cuidados de saúde primários como rotina á semelhança do que sucede na China's New Cooperative Medical Scheme (NCMS) - o principal sistema de segurança assistência médica rural na China. Algumas regiões rurais já realizam experiências piloto de integração do tratamento de VIH no NCMS [205]

O papel das associações de PVVIH

Estes factos estão relacionados com a relativa disponibilidade dos cuidados de saúde com especial destaque para o TARV. Isto pode estar relacionado com os ganhos conseguidos neste domínio na medida em que em Moçambique o TARV é universal, gratuito e coordenado e dispensado pelo MISAU. Para aumentar o acesso a cuidados e tratamento e garantir a retenção dos pacientes em TARV a longo prazo, têm sido

implementadas estratégias inovadoras para ultrapassar as barreiras e desafios inerentes ao TARV. A nível nacional uma estratégia/intervenção inovadora para melhorar a retenção, são os Grupos de Apoio à Adesão Comunitária (GAAC) que em parte pode explicar esta elevada adesão ao tratamento que encontramos. Esta estratégia é baseada nos resultados encorajadores obtidos no projecto piloto que foi implementado em 10 províncias. A estratégia GAAC é uma iniciativa que foi pela primeira vez introduzida na província de Tete, em Abril de 2008 [206, 207]. A rápida expansão do acesso ao TARV para quase 4 milhões de pacientes na África subsaariana foi uma grande realização dos programas de tratamento e cuidados das PVVIH pelo VIH. No entanto, as participantes referem a existência de situações de perda de pacientes inscritos nos cuidados ao VIH é um desafio persistente [208-211].

Os Grupos de Apoio à Adesão Comunitária (GAAC) consistem em grupos de até seis pessoas vivendo com VIH, inscritas nos cuidados de saúde e em tratamento. Os grupos funcionam da seguinte forma: Os doentes organizam uma escala entre si para um individuo proceder ao levantamento dos medicamentos para o grupo. Estes grupos reúnem-se uma vez por mês na sua comunidade para distribuição de medicamentos, preenchimento de um inquérito de saúde geral, definição do próximo membro a ir à unidade sanitária, contribuição para custear as despesas da viagem e discussão de soluções às barreiras sociais relacionadas ao VIH [212].

Um dos requisitos para ter acesso ao TARV, era que o paciente devia apresentar na US's uma pessoa de sua confiança, mas desde 2001 esta obrigação foi eliminada. Essa pessoa era comumente denominada de *confidente* e podia ser um familiar, amigo ou qualquer outra pessoa escolhida pela PVVIH. O *confidente* era uma figura instituída pelos serviços de saúde que, tal como o requisito de endereço fixo, servia como mecanismo para garantir a continuidade do tratamento e, em algumas situações, tinha credibilidade para proceder ao levantamento do TARV quando a PVVIH não podia fazê-lo. Esta figura também pode ser uma fonte de apoio moral e psicológico no momento do diagnóstico, bem como durante o tratamento. Apesar de ser um aspeto que não tratámos no trabalho, esta figura era uma importante fonte de reflexão no processo de revelação ou não do estado sorológico por parte da mulher. Aqui, a questão de omissão ou não revelação do estado serológico às pessoas próximas para fugir ao

estigma e a discriminação, já anteriormente abordado, não se coloca dado que o confidente era uma escolha do utente.

O desenvolvimento de programas de prevenção para PVVIH pelo VIH devem-se dirigir não apenas para aspetos comportamentais mas também contemplar as necessidades das PVVIH referentes a serviços médicos e de suporte. A chave do sucesso é a capacidade de prover serviços altamente individualizados, a capacidade de oferecer acesso a indivíduos recentemente diagnosticados e a capacidade para identificar barreiras sociais e culturais para a busca e permanência nos serviços [213].

Num estudo sobre utilização de cuidados de saúde sobre o VIH, foram avaliadas as seguintes áreas: funcionamento físico, social e integral, fadiga, saúde mental e percepção geral da saúde. O modelo incluía ainda estágio da doença, contagem de CD4, modo de transmissão, condições de emprego e barreiras financeiras ao cuidado. O estudo concluiu que, dos pacientes PVVIH pelo VIH, a utilização de cuidados de saúde é reduzida entre os que enfrentam barreiras financeiras para o cuidado, enquanto aqueles que possuem emprego de tempo parcial apresentam medidas de condições de saúde significativamente mais altas [214]. No âmbito deste estudo verificámos contudo que as mulheres apesar de pertencerem a uma “categoria social” de renda baixa apresentam uma elevada taxa de utilização de serviços públicos de saúde. Um outro estudo concluiu que conflitos relacionados com medo e preconceito continuam sendo o principal problema na provisão de cuidados de saúde associados com VIH [215].

Dados atualizados do MISAU mostram um aumento em termos do número de US que oferecem o TARV em Moçambique até Dezembro de 2017, superando a meta anual estabelecida em 11%. No final de 2016, foram reportados 1.149 US TARV a nível nacional. Até finais de 2017, este número aumentou para 1.320, o que dá uma cobertura de 81% em termos da rede sanitária com serviços TARV. Um efeito da expansão do TARV é o aumento da cobertura geográfica do tratamento anti-retroviral no País em mais 171 US entre Dezembro 2016 e Dezembro de 2017. No que concerne ao número de pacientes em TARV, há crescimento dos mesmos no que se refere aos activos em TARV. Foi reportado um total de 1.156.101 pacientes activos em TARV no fim de Dezembro 2017, contra 990.085 em igual período de 2016, o que representa um aumento de 166.016 pacientes correspondendo a um aumento de 17% na população activa.

Observou-se que 54% das PVVIH estão em TARV, sendo que de forma desagregada, 51% das crianças VVIH estão em tratamento e 55% dos adultos VVIH (Relatório Anual das Actividades Relacionadas ao VIH/SIDA, 2017).

Para os activos em TARV adultos, o número subiu de 914.132 em Dezembro de 2016 para 1.069.593 em Dezembro de 2017. Isto representa um aumento de 155.461 adultos durante o referido período, ou seja, um aumento de 17% em valor relativo. Este aumento pode ser relacionado a implementação de testar e iniciar em 65 distritos do País até finais de 2017. No que concerne ao cumprimento da meta anual de novos inícios em TARV adulto, está a 82%. As províncias de Gaza (62%) e Maputo Cidade (49%) tem o desempenho mais fraco enquanto cumprimento da meta de novos inícios. Para as metas de pacientes adultos activos em TARV, ultrapassou a meta estipulada (103%). Apesar dos progressos alcançados no cumprimento da meta de activos, é conhecido o problema de qualidade de dados. O PNC ITS VIH/SIDA está a levar a cabo anualmente avaliações de qualidade de dados a nível das US, com vista a melhoria de qualidade de dados reportados no SIS (Relatório Anual das Actividades Relacionadas ao VIH/SIDA, 2017).

As entrevistadas sugeriram que as lideranças assumissem papéis proactivos tanto na esfera preventiva quanto na de tratamento. As condições sociopolíticas e económicas dos países africanos condicionam as estratégias de luta contra esta doença. Nesta perspectiva, a elaboração de leis ou normas para controlar e restringir as práticas de risco de infecção pelo VIH, ao lado da realização de ações e programas preventivos abrangentes para a sociedade moçambicana, pode ser uma das alternativas para mitigar a epidemia. Foi frequente a recomendação feita pelas participantes no sentido de se banir práticas que vulnerabilizam mulheres. Por outro lado, sugerem as entrevistadas que contra os homens que expõem suas companheiras ao VIH, deveriam ser adoptadas medidas punitivas e sancionatórias, mas que isso só seria possível com uma forte vontade política da parte dos governantes, com o apoio da sociedade [216, 217].

Apesar de avanços da representação dos segmentos políticos, religiosos e comunitários no Conselho Nacional de Combate ao VIH/SIDA, os componentes estruturais (*pobreza*) e a continuidade da realização de práticas culturais como *Kutchinga*, *lobolo*, *catorzinhas/mbuias* continuam a preservar a posição masculina dominante, restringindo

a autonomia e a independência da maioria das mulheres, conforme assinalado em diversos estudos realizados no país e não só [1, 2, 68, 71, 218].

CAPITULO VI: CONCLUSÕES

Ao propormo-nos a investigar o cotidiano das mulheres infetadas pelo VIH/SIDA, tomando como referencial a abordagem fenomenológica, esperamos ir além do mundo das aparências e dos conhecimentos teóricos e nos aproximarmos da experiência humana sob novas perspectivas para apreendê-la a partir de sua dimensão existencial.

Os dados qualitativos foram colhidos para aprofundar a complexidade dos fenómenos e factos observados no inquérito nacional de prevalência, riscos comportamentais e informação sobre o VIH/SIDA em Moçambique, realizado em 2009. Este inquérito colheu dados a nível nacional, provincial e por áreas de residência (urbana e rural) e permitiu avaliar os comportamentos e factores de risco para a infecção por VIH e, determinar a prevalência de VIH na população moçambicana em geral como visto no INSIDA (2009), no IDS (2011).

O estudo realizou-se na cidade de Maputo em duas associações de mulheres vivendo com o VIH/SIDA tendo sido realizadas um total de 42 entrevistas. As questões que nos levaram a realizar esta pesquisa com mulheres infetadas pelo VIH/SIDA, está relacionada com a necessidade de compreender como, se manifestam questões como violência baseada no gênero e questões socioculturais. Assim, captamos das mulheres as suas experiências e percepções sobre suas vidas na sua condição de infetadas pelo VIH.

O estudo procurou captar como elas viam a sua vida, descrever e interpretar como elas atribuem sentido ao seu quotidiano. De modo que, procuramos verificar, por meio de análise das falas e das práticas das entrevistadas, como elas se comportam na sociedade em face do seu estado serológico. E, com isto, enquadrar as experiências destas mulheres no campo de conhecimento que se relacionam com as questões da violência de gênero, questões socioculturais com as de saúde. Mas também demonstrar que o quotidiano delas é marcado por momentos de vulnerabilidade individual, social e programática, sobretudo após-infecção.

- * Os aspectos metodológicos do estudo mostraram-se satisfatórios e permitiram que os objetivos do estudo fossem alcançados. Foi realizado um pré-teste ao guião de entrevista em português com 10 mulheres VIH positivas, no Centro de Saúde 1 de Maio na Cidade de Maputo, cuja vocação dos serviços são os

cuidados de saúde primários especialmente o atendimento de doentes crónicos e às mulheres infetadas pelo VIH/SIDA. Este ensaio ao instrumento teve como objetivo avaliar os procedimentos da recolha de dados e o guião de entrevista em termos de sequência e clareza das questões. Algumas dificuldades de compreensão das questões no guião foram identificadas, devido aos temas e termos usados, o que levou à reestruturação das questões. Posteriormente repetiu-se o teste ao guião em 3 mulheres no Centro de Saúde da Malhangalene também na Cidade de Maputo, com o instrumento reestruturado e os procedimentos programados se mostraram adaptados ao grupo alvo e aos objetivos do estudo. As entrevistas individuais duraram um tempo médio de 45 minutos. Os procedimentos de recolha de dados se mostraram adequados aos participantes e aos objetivos do estudo.

- * Considerando o protocolo de pesquisa, pode-se dizer que os objetivos foram atingidos. No entanto, é importante considerar as limitações do estudo. Uma limitação se referiu ao carácter de conveniência na seleção dos participantes. As entrevistas foram difíceis de realizar devido à pouca disponibilidade de tempo das mulheres, sendo que houve vários reagendamentos até que se conseguiu efetua-las.
- * Vale lembrar que o número das entrevistas individuais dos PVVIH deveu-se ao critério de saturação, contudo o conteúdo das mesmas foi rico e atendeu aos objetivos. Um aspecto a ser mencionado é que o conjunto de mulheres selecionadas e entrevistadas poderá ser diferenciado do conjunto de PVVIH. Assim, a clareza e a contundência acerca dos temas estudados poderiam sofrer alteração se o segmento PVVIH não tivesse sido representado por mulheres selecionadas nas associações. De qualquer forma, esse aspecto não chega a ser uma limitação do estudo.
- * Os resultados apresentados e discutidos mostraram que os indicadores do perfil sócio-demográfico e os indicadores de saúde sexual e reprodutiva, refletem os que se apresentam na população geral e especialmente nas mulheres Moçambicanas infetadas pelo VIH, descritas no INSIDA (2009), no IDS (2011) e no IMASIDA (2015).

Os resultados reforçam a ideia de que a vulnerabilidade de género a infeção pelo VIH ultrapassa o fato de serem as mulheres o segmento da população, estatisticamente em Moçambique, com os índices mais elevados de seroprevalência, porque encontramos outras dimensões e indicadores da feminização mas que representam a vulnerabilidade também do homem. Também reforçam a ideia de que a vulnerabilidade à infeção não é somente biológica, mas também se deve aos aspectos socioculturais e às práticas tradicionais e culturais. Aspectos e práticas que nos permitiram explorar como as dinâmicas socioculturais influenciam e determinam as questões de saúde e doença.

- * Assim, os fatores sócio demográficos não se diferenciam entre as mulheres independentemente de estarem ou não infetada pelo VIH. Contudo, o estudo exploratório na variável religião que as participantes do INSIDA (2009) professavam mostrou que as mulheres muçulmanas tinham menos risco de infeção pelo VIH, o que pode eventualmente se associar ao hábito cultural da obrigatoriedade da circuncisão masculina, que tem efeito benéfico na proteção contra a infeção. Este resultado reforça as diretrizes atuais para a promoção da circuncisão masculina na população Moçambicana independentemente da religião que professam.
- * Em Moçambique as mulheres não realizam o teste do VIH como hábito para o conhecimento do seu sero-estado. Apenas fazem-no quando sentem-se doentes ou quando estão grávidas, dado que é obrigatório realizar o teste para o VIH na consulta pré-natal. Conclui-se assim que as mulheres não priorizam a realização do teste independentemente do seu estado geral de saúde.
- * Há altos padrões de utilização dos serviços de saúde, devido à disponibilidade de serviços como cuidados de saúde primários e TARV. Contudo, para algumas mulheres dificuldades financeiras limitam o acesso aos transportes para se deslocarem às US's, a distância a percorrer e a falta de pessoal qualificado nas US's também são limitantes do acesso aos serviços onde se pode realizar o teste para o VIH.
- * Os resultados revelam que as participantes não usaram contraceptivos no ano anterior ao estudo e que também não usavam no momento da entrevista. Este

resultado revela desafios de ordem institucional que condicionam a aceitação e uso de métodos modernos de anticoncepção. Por outro lado, o não estarem a usar os contraceptivos pode explicar-se pelo facto de estarem numa relação conjugal estável ou de não terem nenhuma relação conjugal, Atuando em conjunto com barreiras de natureza sociocultural e lacunas no conhecimento. Outros fatos que podem se acrescentar as barreiras para o uso dos contraceptivos podem ser a pouca diversidade dos métodos disponibilizados, ruturas de *stock* de anticoncetivos e longas distâncias para as unidades sanitárias. De qualquer modo as mulheres entrevistadas referiram na sua maioria não estar a usar contraceptivos orais porque usavam o preservativos como meio de proteção e que assegurava também que não engravidam.

- * Constata-se que as mulheres têm um conhecimento geral sobre vários aspetos relacionados com a infeção pelo VIH. Contudo, revelam pouco conhecimento quanto a questões específicas relacionadas com o assunto de tal modo que a infeção pelo VIH para a maioria ocorreu por via das relações sexuais desprotegidas, ou seja as mulheres foram infetadas pelos parceiros no quadro de relações conjugais estáveis.
- * Avaliação do acesso e exposição às fontes de informação e comunicação e mostraram que a fonte de informação mais comum, através do qual acedem a informação sobre o VIH são as associações de mulheres vivendo com a infeção, as organizações não governamentais parceiras que financiam suas atividade e o pessoal de saúde nas US's onde acorrem para as consultas, tratamento das diversas enfermidades e levantamentos dos ARV's. Por outro lado referem a existência de programas de rádio novelas que também difundem informações a respeito. São aspetos perfeitamentos explicados pelo fato se este grupo esta no meio urbano ou nas cercarias da cidade de Maputo.
- * As mulheres afirmaram que os homens são a principal fonte da infeção pelo VIH porque não realizam o teste como rotina e quando o fazem com diagnóstico positivo não comunicam às parceiras e continuam a ter relações múltiplas e sem proteção sujeitando-as a infeção. Segundo as entrevistadas, alguns homens da região sul incluindo Maputo Cidade, têm que trabalhar quase todo o ano nas minas da África do Sul e só regressam a Moçambique nas férias, que geralmente

são no fim do ano, o que torna este grupo de trabalhadores vulneráveis à infecção pelo VIH/SIDA, pois têm relações sexuais extraconjugais desprotegidas e assim contraírem o VIH/SIDA.

- * Algumas práticas culturais locais colocam as mulheres numa posição de subalternidade, o que faz com elas tenham um risco aumentado de contrair o VIH. Estas práticas incluem casamentos prematuros, iniciação sexual precoce, ritos de passagem, práticas sexuais ligadas à "atos de purificação de viúvas" como o *kutchinga* e cortar a pele durante o tratamento médico tradicional (o uso de facas e lâminas não esterilizadas).
- * A cultura é um domínio importante a considerar para o sucesso das intervenções na implementação de programas de prevenção e mitigação dos impactos da infecção pelo VIH. Num país como Moçambique, com grande diversidade cultural, uma informação sobre a prevenção feita apenas na língua oficial, o português, exclui uma grande maioria que não tem o domínio desta língua, pois existem, o país possui mais de dezasseis línguas nacionais e grande parte da população tem baixos níveis educacionais [182, 202].
- * As mulheres afirmaram que são mais vulneráveis do que os homens. Referem que a frequência de mercados, bares e discotecas, lugares onde consomem bebidas alcoólicas, são fatores de vulnerabilidade, pois são contextos nos quais as práticas de risco, tais como relações sexuais ocasionais sem proteção e práticas sexuais transacionais, são frequentes.
- * A prevalência do consumo de álcool, drogas e outras substâncias psicoativas é baixa. Assim, não se estabeleceu associação entre estes consumos e estar infetada pelo VIH.
- * O estudo revelou que a fraca capacidade de negociação sexual das mulheres constitui um fator de vulnerabilidade à infecção dado que são levadas a ter relações sexuais desprotegidas. Por outro lado, a recusa da mulher em manter relações sexuais com o seu companheiro, mesmo que a justificação seja proteger-se, resulta em suspeitas por parte dos homens ou companheiros de que há infidelidade e isso culmina por vezes em violência sobretudo verbal e física.
- * As relações desiguais entre géneros são determinantes na propagação da infecção pelo VIH/SIDA. Isto é explicado por um lado pelo facto de a sexualidade fazer-

se, ainda, dentro de um modelo de dominação masculina, em que a mulher obedece às vontades e desejos do homem. Esta situação retira às mulheres o poder de negociação do uso do preservativo incluindo nos relacionamentos estáveis.

- * As normas de gênero promovem ainda as relações com múltiplos parceiros para os homens, enquanto as mulheres devem ser monogâmicas o que leva as mulheres a não questionar o comportamento do seu parceiro.
- * O estigma e a discriminação do VIH refere-se ao preconceito, desconsideração, descrédito e discriminação que as PVVIH pelo VIH são alvo em suas relações sociais, Situações de estigmatização e discriminação fazem parte das experiências cotidianas que as mulheres que entrevistamos têm nas relações sociais com familiares e vizinhos nos bairros onde residem.
- * Conclui-se que o estigma e a discriminação continuam a contribuir para o silêncio e omissão do estado serológico das mulheres. Contudo, a situação mais preocupante de estigma que as mulheres são sujeitas é aquela que ocorre no grupo de convivência onde elas deviam ter mais acolhimento e carinho, a família. A infecção pelo VIH continua a ser associada à perda de peso ou ao aparecimento de inúmeras doenças. Assim, uma aparência física debilitada por qualquer causa é interpretada como sendo consequência da infecção. Todas as pessoas que repentinamente emagrecem imediatamente passam a conviver com a suspeita de que são portadores da infecção.
- * Mulheres infetadas e vivendo com o VIH/SIDA fazem parte da categoria particular de indivíduos ou grupo de indivíduos que, nas várias relações, na família ou na comunidade/vizinhança presentes no cotidiano, passam por situações de estigmatização e são considerados “anormais”. Passam por dilemas de ter ou não vida coletiva.
- * Apesar de todas as entrevistadas estarem em TARV, constatamos entretanto, que a toma dos ARV's ainda é “clandestina”, porque as PVVIH receiam as reações negativas no seu círculo ou rede de relações. Contudo, é notória a satisfação com o TARV pois com este tratamento a questão da infecção pelo VIH/SIDA é percebida e vivida de uma maneira diferente pelas mulheres seropositivas, pois é possível diminuir a carga viral, e impedir o aparecimento de infecções

oportunistas, o que significou para muitas mulheres uma melhoria na qualidade de vida com a infecção.

- * Constata-se pelo discurso das mulheres que na busca dos serviços de saúde ainda são confrontadas com alguns constrangimentos como estarem várias horas à espera para serem atendidas, má organização dos serviços de saúde que origina enchentes nos gabinetes de triagem, laboratórios e farmácias nas unidades sanitárias.
- * Apesar do atendimento as das PVVIH estar integrado nos cuidados de saúde primários ainda subsiste insuficiência de pessoal devidamente capacitado e treinado para dar resposta as necessidades específicas deste grupo. A estas juntam outras barreiras de acesso à utilização dos serviços de saúde pelas mulheres entrevistadas, tais como apoio jurídico para os casos de discriminação e para as mulheres que são despejadas das suas casa pelos familiares dos falecidos companheiros ou as que ficam sem os seus bens e filhos nas mesmas circunstâncias.
- * A implementação da estratégia dos Grupos de Apoio à Adesão Comunitária (GAAC), reforçada pelas associações de mulheres vivendo com a infecção pelo VIH enquanto entidades de suporte motivam as mulheres para a adesão ao TARV e funcionam como locais de prolongamento da prestação de apoio e cuidados as mulheres.
- * As dificuldade no acesso e utilização dos serviços de saúde, evidenciam que o governo não consegue providenciar cuidados médicos a toda a população, pois a cobertura sanitária é insuficiente, havendo uma relação de 1 médico para 100.000 mil pacientes, o que está longe de alcançar a recomendação da OMS que é de 1/1000. O país possui aproximadamente 2009 médicos, para uma população de mais de 28 milhões de habitantes (INE, 2017).
- * As associações de mulheres vivendo com o VIH/SIDA são lugares onde elas encontram apoio e cuidados. Neste sentido procuram estas organizações, onde são aceites e acolhidas por se juntam a pessoas na mesma condição. Assim, para elas, saberem da existência de outras mulheres infetadas, e com elas conviverem e compartilharem experiências é uma estratégia de superação de dificuldades sociais e de empoderamento. Para as mulheres, frequentar as associações

encontrar com as “irmãs”, para além de evitar o estigma significa encontrar, um lugar de solidariedade e de partilha de conhecimentos e de experiências. Nesse convívio, elas aliviam e esquecem essas questões embora apenas por momentos, pois ao saírem das associações voltam às outras redes de convívio, à família, vizinhança e às consequências de serem infectadas pelo VIH/SIDA. Contudo o importante é que as mulheres capitalizam essa rede social e de convívio que é estar entre” irmãs”.

CAPITULO VII: RECOMENDAÇÕES

Neste capítulo são apresentadas algumas recomendações sobre atuações necessárias em áreas como prevenção, tratamento e cuidados de saúde, saúde sexual e reprodutiva, mitigação dos impactos, estigma e discriminação e desigualdades de género, tendo em vista uma atuação intersectorial para reduzir desigualdades, garantir o acesso aos serviços, proteção às mulheres vivendo com o VIH. Assim parece-me importante recomendar a necessidade de uma “governança participativa” do sector saúde revitalizando os comités de cogestão da saúde por exemplo, promovendo a interdisciplinaridade e multisectorialidade, na implementação de políticas sectoriais no sentido de combater as desigualdades e promover a melhoria da saúde das mulheres.

- * Desenvolver estratégias de comunicação direcionadas às normas culturais, de modo a fazer uma reflexão crítica e transformadora; realizar pesquisas sociodemográficas para compreender melhor o comportamento e os determinantes culturais nas práticas sociais e respetivo impacto na infeção pelo VIH e eliminar práticas culturais que legitimam a resistência ao sexo seguro (envolvendo os Ministérios da Saúde, Educação, do Género Criança e Ação Social, e Interior, sociedade civil, ONG’s, lideranças comunitárias, etc.);
- * Proibir práticas culturais de risco como *kutchinga*, casamentos prematuros, gravidez e violência baseada no género, prestando mais atenção aos grupos menos escolarizados, os residentes nas áreas rurais ou pertencentes às famílias desfavorecidas envolvendo os Ministérios da Saúde, Educação, do Género Criança e Ação Social, e Interior, sociedade civil, lideranças comunitárias, etc.)
- * Promover ações de sensibilização para casais em relações estáveis enfatizando o envolvimento do homem na prevenção da infeção pelo VIH/SIDA por via da fidelidade, promover a obrigatoriedade de fazer o teste para mulheres e homens em todos os segmentos sociais, e incentivar o envolvimento e participação dos homens nas questões relacionadas com saúde sexual e reprodutiva das mulheres (envolvendo os Ministérios da Saúde, Educação e Justiça, sociedade civil, líderes comunitários e ONG’s);
- * Garantir o acesso universal à escolarização e a escolaridade obrigatória como forma de alcançar a igualdade de oportunidades de género nos domínios

político, econômico e social, bem como disporem de um capital social para melhorar o seu posicionamento na sociedade e desenvolvimento de habilidades para a vida (envolver o Ministério da Educação, do Género, Criança e Ação Social, sociedade civil, lideranças comunitárias, etc.);

- * Capacitar as mulheres para o trabalho/emprego remunerado, reduzir a precariedade na atividade agrícola onde elas estão em maioria, por ser a principal atividade de subsistência e econômica (envolver os Ministérios da Educação, do Género Criança e Ação Social, Agricultura e Trabalho, sociedade civil, lideranças comunitárias, etc.);
- * Combater o estigma e a discriminação associadas á infecção pelo VIH/SIDA, favorecendo um ambiente político e a consciência pública da comunidade e encorajar a provisão de programas de informação, educação e promoção de mudanças de comportamentos, bem como a provisão de serviços para a melhoria da saúde sexual e reprodutiva (envolver os Ministérios da Saúde, Educação, do Género, Criança e Ação Social, Agricultura, Trabalho e Interior, sociedade civil, lideranças comunitárias, etc.);
- * Implementar normas de biossegurança como esterilização de objetos perfurocortantes usados pelos curandeiros, pessoas leigas, e profissionais de saúde visando assegurar que essas atividades tenham menor risco de infecção possível (envolver o MISAU, Instituto de Medicina Tradicional e a Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique, sociedade civil, líderes comunitários);
- * Apoiar iniciativas de participação da sociedade civil e todas entidades de suporte às mulheres vivendo com VIH/SIDA para eliminação de barreiras estruturais e para que os serviços de saúde sejam re-orientados para uma resposta às doenças crónicas (incluindo o VIH/SIDA) ao nível dos cuidados de saúde primários (envolver os Ministérios da Saúde, Educação, do Género, Criança e Ação Social e Justiça, sociedade civil, lideranças comunitárias, etc.)
- * Desenvolver capacidades na sociedade civil (lideranças religiosas, comunitárias) e ONG's nacionais para fazer a advocacia, monitoria e avaliação da implementação da política de saúde, programa nacional de combate ao VIH/SIDA e plano estratégico nacional de combate ao VIH/SIDA e programa

do TARV (envolver os Ministérios da Saúde Educação, do Género, Criança e Ação Social, Justiça e Interior, sociedade civil, lideranças comunitárias, etc.).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. TVEDTEN, I.P., Margarida; MONTSEERRAT, Georgina, *Políticas de Género e Feminização da Pobreza em Moçambique*, in CHR. Michelsen Institute (CMI). 2008.: Noruega.
2. TVEDTEN, I., *Mozambique country case study: Gender equality and Development.*, in World Bank. 2011.
3. UNAIDS, *The Gap Report 2014*. 2014.
4. CPLP, U.e., *Epidemia de VIH nos países de língua oficial Portuguesa*, CPLP, Editor. 2010: Brasil.
5. MISAU, *Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o VIH e SIDA em Moçambique (INSIDA) 2009*. 2010.
6. Moçambique, G.d., *Plano Estratégico Nacional de Resposta ao VIH & SIDA (1999 - 2004)*. 1999, Maputo: MISAU - CNCS.
7. Moçambique, G.d., *Plano Estratégico Nacional de Resposta ao VIH & SIDA (2005 - 2009)*, ed. III. 2004, Maputo: MISAU - CNCS.
8. Chander, G., Himelhoch, S., Moore, R.D., *Substance abuse and psychiatric disorders in VIH-positive patients: epidemiology and impact on antiretroviral therapy*. Drugs, 2006. **66**: p. 769-789.
9. NATIONS, U., *World Drug Report 2015 UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME / Viena*. 2015: New York.
10. OMS, *World Health Statistics*. 2009.
11. OMS, O.M.d.S., *Relatório Anual de Saúde*. 2011, OMS: Genebra.
12. Sudbrack, M.F.O., *Abordagem comunitária como novo paradigma- Projecto bem me-quer: Forum de Combate a Violência*, in A. M. O. Almeida & L. H. C. Z. Paulino. 2000, Prática: Brasília. p. 93-97.
13. Agha, S., *Factors associated with VIH testing and condom use in Mozambique: implications for programs*. Reproductive Health 2012. **9:20**.
14. Mishra, S.K.e.V. *Youth Reproductive and Sexual Health. DHS Comparative Reports*. 2008. **19**.
15. Sadana, R. *Definition and measurement of reproductive health*. Bulletin of the World Health Organization 2002. **80 (5)**.
16. Strauss, A.E.C., J, *Basics of qualitative research*. . 1990, Newbury Park. CA. : Sage Publications.
17. Pinto, J.F.d.A.J.M., *A investigação nas Ciências Sociais*. 1995, Portugal: Presença.
18. Becker, H., *Métodos de pesquisa em ciências sociais*, ed. Hucitec. 1993, São Paulo.
19. INE, I.N.d.E.-. *Impacto Demográfico de Aids em Moçambique*. Maputo:. INE, Editor. 2008-2010: Maputo.
20. CNCS, *Declaração Universal de Compromisso sobre o VIH e SIDA, Relatório de Progresso de Moçambique, Relatório para as Nações Unidas Sessão Especial da Assembleia Geral sobre VIH e SIDA*, (http://www.unaidsrsta.org/files/ul/mozambique_2009_country_progress_report_en.pdf), pp. 2008 -2009. p. 73-80.

21. VIH/AIDS, U.N.P.O., *Report on the global VIH/AIDS epidemic in global report*, UNAIDS, Editor. 2010: Geneva.
22. UNAIDS, *UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2012* 2012, Joint United Nations Programme on VIH/AIDS: World Health Organization: Geneva.
23. Leclerc-Madlala's, *Age-disparate and intergenerational sex in southern Africa: the dynamics of hypervulnerability*. AIDS, 2008. **22**(4): p. 17-25.
24. Pope, C.K., Ezekiel & Flynn, Karen. , *Introduction: Women and vulnerability to VIH/AIDS in Africa. Strong Women, Dangerous Times: Gender and VIH/AIDS in Africa*. 2009.
25. MISAU, *Impacto demográfico do VIH/SIDA em Moçambique*. 2007.
26. MISAU, *Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o VIH e SIDA em Moçambique (INSIDA 2009)*. MISAU ed, ed. MISAU. 2010, Maputo - Moçambique.
27. MISAU, *Inquérito Demográfico e de Saúde 2011*. March 2012, Instituto Nacional de Estatística and Ministério da Saúde: Maputo.
28. Denscombe, M., *The Good Research Guide: for small-scale social research projects (3rd edition)* Maidenhead: Open University Press, T.U.o.M. Library, Editor. 2007.
29. Roux, M.D.a.D.L., *Potentials and Limits of Secondary Analysis in a Specific Applied Context: The Case of EDF-Verbatim*. Qualitative Social Research, 2005. **6**.
30. Boslaugh, S., *An Introduction to Secondary Data Analysis, in Secondary Data Sources for Public Health: A Practical Guide*, ed. C.U. Press. 2007.
31. PHILLIPS, H.G.C.a.M.R., *Secondary analysis of existing data: opportunities and implementation*. Shanghai ArcVIHes of Psychiatry, 2014. **26**(6): p. 371-375.
32. TRIPATHY, J.P., *Secondary Data Analysis: Ethical Issues and Challenges*. Iranian Journal of Public Health, 2013. **42**(12) p. 1478-1479
33. MOÇAMBIQUE, G.D., *PLANO DE ACÇÃO PARA A REDUÇÃO DA POBREZA ABSOLUTA 2001-2005 (PARPA I)*. 2000.
34. MOÇAMBIQUE, G.D., *PLANO DE ACÇÃO PARA A REDUÇÃO DA POBREZA ABSOLUTA 2006-2009 (PARPA II)*. 2005.
35. Moçambique, G.d., *Plano Estratégico Nacional de Resposta a VIH e SIDA, 2010-2014*, ed. C.N.d.C.a.H.e.S. (CNCS). 2009, Maputo, Moçambique: MISAU - CNCS.
36. Weston M. Edwards, M.A., M.Div., M.A.T., and Eli Coleman, *Defining Sexual Health: A Descriptive Overview*. ArcVIHes of Sexual Behavior, June 2004. **33**(3): p. 189-195
37. Cavenaghi, S., *Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva*, UNFPA, Editor. 2006, ABEP: Rio de Janeiro.
38. Giami, A. *Sexual Health: The Emergence, Development, and Diversity of a Concept*. Annual Review of Sex Research, , 2002. **13**:1, 1-35.
39. Malarcher., S., *Social determinants of sexual and reproductive health: informing future research and programme implementation*. Informing future research and programme implementation. 2010, Geneva - Switzerland World Health Organization. 166.
40. UNFPA, *Reproductive Rights and Sexual and Reproductive Health Framework*, UNFPA, Editor. May 2008: New York.

41. Malcolm, A., Aggleton, P. J., Bronfman, M., Galvão, J., and P.V. Mane, J., *VIH and AIDS related stigmatization and discrimination: its form and contexts*. Critical Public Health, 1998. **8 (4)**: p. 347-370.
42. UNAIDS, *VIH and AIDS-related stigmatization, discrimination and denial: forms, contexts and determinants Research Studies from Uganda and India (prepared for UNAIDS by Peter Aggleton)*. Geneva, UNAIDS., UNAIDS, Editor. 2000.
43. Aggleton, R.P.e.P., ed. *Estigma, Discriminação e AIDS*. 2001, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS: Rio de Janeiro.
44. Omangi, H.G., *Stigmatization and discrimination in the context of VIH and AIDS in Kenya*, . Newsletter of African Network on Ethics, 1997. **Law and VIH 3**: p. 4-5.
45. Brigitte Bagnol, E.M., *Género, Sexualidade e Práticas Vaginais*, D.F. UEM, Editor. 2011: Maputo.
46. Maloa, B.F.S., *Conhecimentos, atitudes, crenças e comportamentos em relação ao VIH-AIDS nas escolas secundárias: um estudo comparativo entre as Cidades de Maputo, Beira e Lichinga em Moçambique*, in *INSTITUTO DE PSICOLOGIA - IPsi*. 2014, UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA: SALVADOR. p. 199.
47. Gita Sen, P.Ö., Asha George, *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it*, in *Women and Gender Equity Knowledge Network*, W.C.o.S.D.o. Health, Editor. 2007, Karolinska Institut.
48. Anthony, J.C., *Consumo nocivo de álcool: dados epidemiológicos mundiais*, WHO, Editor. 2003.
49. WHO, *Global status report on alcohol and health*. 2011: Geneva.
50. NATIONS, U., *WORLD DRUG REPORT*, U.N.O.O.D.A. CRIME, Editor. 2012: Vienna.
51. WHO, *WHO REPORT ON THE GLOBAL TOBACCO EPIDEMIC: Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsors*Hip. 2013: Geneva.
52. Ayres JRCM, P.V., Franca I, Gravato N, Lacerda R, Negra MD., *Vulnerability, Human Rights, and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With VIH/AIDS*. Am J Public Health, 2006. **96(6)**: p. 1001-6.
53. Bertolozzi, M.a.a., *The vulnerability and the compliance in collective health*, in *Rev Esc Enferm USP*. 2009. p. 1326-30.
54. Kalipeni, E., *Health and disease in southern Africa: a comparative and vulnerability perspective*. Soc Sci Med, 2001. **11**: p. 7- 8.
55. Wisner, B., *Marginality and vulnerability*, in *Appl Geogr*. 1998 Jan.
56. Delor F, H.M., *Revisiting the concept vulnerability*, in *Soc Sci Med* 2000, serial on the Internet. p. 11.
57. Mann, J., *AIDS in the World: A global epidemic out of control?*. Cambridge, MA: Harvard University School of Public Health, 1992.
58. Waterhouse, R., *Briefing Paper: Coordination and coverage of Social Protection initiatives in Mozambique*, IESE, Editor. 2009.
59. Préau, M.a.a., ed. *Satisfaction with care in VIH-infected patients treated with long-term follow-up antiretroviral therapy: The role of social vulnerability. AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/VIH*. 2011.

60. Marmot, M., *Social determinants of health inequalities*. Lancet, 2005. **365**(Public Health): p. 1099–104.
61. MARMOT, M.E.W., R., ed. *Social Determinants of Health*. ed. Edition. 2006, Oxford University Press: London.
62. WHITEHEAD M, D.G., Gilson L. , *Developing the policy response to inequities in Health: a global perspective*. ill- *Challenging inequities in health care*. from ethics to action, ed. O.U. Press. 2001, New York. 309-322.
63. WHITEHEAD M, D.G., Gilson L. , *Challenging inequities in health care: from ethics to action*, in *Developing the policy response to inequities in Health: a global perspective*, O.U. Press, Editor. 2001: New York. p. 309-322.
64. WHO, *The world health report*. 2003.
65. WHO, *The world health report - Health systems: improving performance*. 2000.
66. UNAIDS, *Report on the global epidemic VIH/AIDS*. 2002.
67. UNAIDS, *VIH/AIDS: Global Report*. 2010.
68. Maúngue, H.B., *A face feminina do vih e sida: um estudo sobre as experiências de mulheres infectadas pelo VIH na cidade de maputo, Moçambique*, in *Centro de Filosofia e Ciências Humanas*. 2015, Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis - Brazil. p. 158.
69. Osório, C., *Identidades de género e identidades sexuais no contexto dos ritos de iniciação no Centro e Norte de Moçambique*, in *Outras Vozes*. 2013, WLSA: Maputo.
70. Teresa Cruz e Silva, X.A., Conceição Osório and Maria José Arthur, *REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS DA SEXUALIDADE ENTRE OS JOVENS E A FEMINIZAÇÃO DO SIDA EM MOÇAMBIQUE*, W.-. Moçambique, Editor. 2007: Maputo.
71. Estavela, A.J., *Vulnerabilidade de género e infecção pelo VIH: percepções de pessoas vivendo com VIH/AIDS e de profissionais de saúde da cidade de Maputo, Moçambique*, in *INSTITUTO DE PSICOLOGIA*. 2014, UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA: Brasília. p. 84.
72. Loforte, A., *Dinâmicas familiares e percepções de pobreza e género em Moçambique*. Vol. 22. 2008, Maputo: Outras Vozes.
73. Osório, C., *A violência sexual e a violação de menores, uma discussão sobre os conceitos*. 2011, Maputo - Moçambique: Outras Vozes. 33-34.
74. Graça, L.F.e.B.d., *VIH/AIDS prevention and care in Mozambique, a socio-cultural approach*, SANA., Editor. 2002: Maputo.
75. Adriane Martin Hilber, E.K.a., Shelagh Redmond a, Sonja Merten b, Brigitte Bagnol, Nicola Lowa, Ruth Garside, *Vaginal practices as women's agency in Sub-Saharan Africa: A synthesis of meaning and motivation through meta-ethnography*. Social Science & Medicine, 2012. **74**: p. 1311e1323.
76. Silva, D.a.a., ed. *Estudo sobre vulnerabilidade e risco de infecção pelo VIH entre os Homens que fazem sexo com Homens na Cidade de Maputo*. ed. L.-A.d.D.d.M. Sexuais. 2010: Maputo.
77. Kula, *Plano Nacional de Acção Multisectorial sobre Género e VIH e SIDA 2010-2015*. 2009: Maputo.
78. Scott, J., *Gênero: Uma categoria útil para análise estrutural*. Recife: SOS Corps. 1991.
79. Scott, J., *Gênero: uma categoria útil de análise histórica*, in *Educação & Realidade*. 1995: Porto Alegre. p. 71-99.

80. Butler, C., *VIH and AIDS, poverty and causation*. Lancet Publishing, 356, in *Lancet Publishing*. 2000. p. 14445-1446.
81. Seidl, A.J.E.a.E.M.F., *VULNERABILIDADES DE GÊNERO, PRÁTICAS CULTURAIS E INFECÇÃO PELO VIH EM MAPUTO*, in *Psicologia & Sociedade*. 2015: Belo Horizonte.
82. Aquino, E.M.L., *Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva: a constituição de um novo campo na saúde coletiva*, in *Cadernos de Saúde Pública*. 2003: Rio de Janeiro. p. 198-199.
83. CASIMIRO, I.M.C., *Violência Baseada em gênero em Moçambique: O caso das províncias de Inhambane e Nampula*. 2007: Maputo.
84. Fonseca, R.G.S., *Equidade de gênero e saúde das mulheres*, in *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2005. p. 450-459.
85. INE, I.N.d.E.-. *Mulheres e homens em Moçambique: indicadores selecionados de gênero*. 2008: Maputo.
86. Daniels, G.R.a.B., *Women and VIH in Sub-Saharan Africa*. Ramjee and Daniels AIDS Research and Therapy, 2013. **10:30**.
87. Handan Wand, G.R., *The relationship between age of coital debut and VIH seroprevalence among women in Durban, South Africa: a cohort study*. BMJ Open, 2012. **2. e000285. doi:10.1136/bmjopen-2011-000285**.
88. Herrera, C.C., L. , *The vulnerability and invisibility of women facing VIH/AIDS: constant and changing issues*. SALUD PUBLICA DE MEXICO, 2002. **44 (6)**: p. 554-564.
89. Igulot, P., *Vulnerability and risk to VIH infection in Uganda: multilevel modelling of Uganda AIDS Indicator Survey Data University of London*, in *Department of Sociology, School of Arts and Social Sciences*. 2017, University of London Institutional Repository: London.
90. Piot, P. *Report by the Executive Director. Programme Coordinating Board. Joint United Nations Programme on AIDS*. . . 2000.
91. USAID, *USAID concept paper: combating VIH/AIDS stigma, discrimination and denial: what way forward?*. . 2000.
92. Goffman, E., ed. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 1988, Editora Guanabara: Rio de Janeiro.
93. Marshall, G., *Oxford Dictionary of Sociology*. Oxford and New York, O.U. Press, Editor. 1998: Oxford.
94. Mejia, M., *SIDA, historias extraordinarias de siglo XX*. In Gavan Diaz, F. (ed.), *El SIDA en México, los efectos sociales*. Mexico City, Mexico, Universidad Autónoma Metropolitana. 1988.
95. Parker., D., *AIDS: A Terceira Epidemia*. São Paulo: Editora Iglu. 1991.
96. Warwick, I., Bharat, S., Castro, R., García, R., Leshabari, and S.-R. M., A. & Aggleton, P. , *Household and community responses to AIDS in developing countries*. Critical Public Health, 1998. **8(4)**: p. 291-310.
97. Iriart, R.G.A.e.J.A.B., *Estigma e discriminação: experiências de mulheres VIH positivo nos bairros populares de Maputo, Moçambique*, in *Cad. Saúde Pública*. 2015: Rio de Janeiro. p. 565-574.
98. Luciana roberta Donola cardoso, A.M.G., Tathiana fernandes biscoola figueiredo, *O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/VIH/Aids*, in *Rev. Psiq. Clín*. 2008. p. 70-75.

99. Monica L Zilberman, S.B.B., *Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas*, in *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2005.
100. El-Bassel, N., Gilbert, L, Rajah, V, et al, *Fear and Violence: Raising the VIH stakes*. AIDS EDUC PREV, 2002. **12 (2)** p. 154-170.
101. Loforte, A., *Dinâmicas familiares e percepções de pobreza e género em Moçambique*, in *Outras Vozes*. 2008.
102. Laforte, A.M., *Strengthening Community Health Systems for VIH Treatment, Support and Care Manhiça District - Mozambique*. 2010, An ACP-EU co-operation programme in the field of science and technology: Maputo.
103. Neeru Gupta, a.M.M., "Sexual Initiation Among Adolescent Girls and Boys: Trends and Differentials in Sub-Saharan Africa." *Girls, VIH/AIDS, and Education. F.*, in *ArcVHes of Sexual Behavior*. 2004, UNICE. p. 41-53.
104. Gregson S, W.H.a.C.S., : *School education and VIH control in sub-Saharan Africa: from discord to harmony?* J Int Dev, 2001. **13**: p. 467-485.
105. Mork, N.P., *VIH Vulnerability and Cross Border Mobility in the Horn of Africa*, A.r.f.U.M. office, Editor. 2004.
106. MISAU, *Relatório do Balanço do Plano Económico Social de 2010*. 2010, MISAU: Maputo.
107. JRCM, A., *O conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: Novas Perspectivas e desafios*, in *CZERESNIA.Dina(org.) Promoção de Saúde: Conceitos, Reflexões, Tendências*. 2003, Editora Fiocru: Rio de Janeiro. p. 117-139.
108. al., J.A.a., *Vulnerability, Human Rights, and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With VIH/AIDS*. Am J Public Health, 2006. **96**: p. 1001-1006.
109. Nichiata, L.F.d.V.e.L.Y.I., *A integralidade e a vulnerabilidade programática às DST/VIH/AIDS na Atenção Básica*, in *Revista da Escola de Enfermagem* 2014, Universidade de São Paulo: São Paulo. p. 149-55.
110. José Augusto de Souza Silva, L.F.d.V.e.L.Y.I.N., *A estratégia saúde da família e a vulnerabilidade programática na atenção ao VIH/aids: uma revisão da literatura*, in *O Mundo da Saúde*. 2010: São Paulo. p. 103-108.
111. Tallis, V., *Feminisms, VIH and AIDS: addressing power to reduce women's vulnerability* . December, in *School of Developments Studies*. 2008, University of KwaZulu Natal: Durban.
112. Marli Teresinha Cassamassimo DuarteCristina Maria Garcia de Lima Parada, a.L.d.R.d.S., *Vulnerability of women living with VIH/aids*, in *Revista Latina Americana Enfermagem*. Jan-Feb 2014. p. 68-75.
113. Kovacs, K.V.d.O.F.e.M.H., *Vulnerabilidade programática na prevenção da transmissão materno-fetal da AIDS*, in *Revista Brasileira de Saúde Materna infantil*. maio - ago., 2002: Recife. p. 157-165.
114. BOGDAN, S.B.e.R., *Investigação em Educação*. 1994, Porto: Porto Editora.
115. TAYLOR, R.B.e.S., *Introduction to Qualitative Research Methods*. 1984, New York: John Wiley & Sons.
116. Marconi, E.M.L.M.d.A., *Metodologia científica*. 2 a. ed., . Vol. 2ª Edição. 1995, São Paulo.
117. Minayo, M.C.d.S., ed. *Pesquisa social: Teoria, metodo e criatividade*. ed. Vozes. 2007.

118. O, M.M.S., *Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?* , in *Caderno de Saúde Pública* 1993: São Paulo. p. 239-262.
119. Gaskel, G., ed. *Entrevistas individuais e grupais*. Petrópolis: Vozes, ed. M.W.G. BAUER, George (Org.). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. . 2004.
120. Andrade, T.C.e.S.e.X., *Feminização do sida em moçambique: A cidade de Maputo, Quelimane e distrito de Inhassunge na província da Zambézia como estudos de caso*, in *Outras Vozes*. 2005, WLSA: Maputo.
121. Johnson LG, S.K., *Sampling hard-to-reach populations with respondent driven sampling. Methodological Innovations*. 2010. **5(2)**: p. 38-48.
122. Bruno Jose Barcellos Fontanella, B.M.L., Maria Giovana Borges Saidel, Janete Ricas, Egberto Ribeiro Turato e Débora Gusmão Melo, *Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica*, in *Cadernos de Saúde Pública*. Fevereiro, 2011: Rio de Janeiro.
123. Bruno José Barcellos Fontanella, J.R.e.E.R.T., *Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas*, in *Cadernos de Saúde Pública*. janeiro, 2008: Rio de Janeiro.
124. Júnior, B.J.B.F.e.R.M., *Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas*, in *Psicologia em Estudo*. jan./mar. 2012: Maringá. p. 63-71.
125. FISHBEIN, M., AJZEN, Icek. *Belief., , Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading. 1975 MA: Addison-Wesley.
126. Morse, J., *Designing Funded Qualitative Research*. Handbook of qualitative research, ed. I.N.K.D.Y.S. Lincoln. 1994, London Sage.
127. Rodolphe Ghiglione, B.M., *O inquerito Teoria e Pratica*. 1992: Celta Editora.
128. Grawitz, M., *Méthodes des sciences sociales*. 2001: Éditions Dalloz.
129. Vala, J., *A análise de conteúdo*, in *Metodologia das ciências sociais*. Porto, J.M.P. Augusto Santos Silva, Editor. 1986, Edições Afrontamento.
130. Myres, G., *Análise da conversação e da fala*, in *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*, Vozes, Editor. 2004, Martin Bauer e George Gaskel: Petrópolis. p. 271-291.
131. K. E. Poundstone, S.A.S., and D. D. Celentano, *The Social Epidemiology of Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome*. Epidemiologic Reviews, 2004. **26**.
132. Mann, J.M.T., D., *AIDS in the World II*. 1996, New York/Oxford: Oxford University Press.
133. Sawyer, L.d.M.B.e.D.O., *AIDS: a vulnerabilidade social e a evolução da epidemia nos municípios das regiões Nordeste e Sudeste do Brasil*. Revista Brasileira de Estudos e População, 2003. **20-02**: p. 241-257.
134. Gill, R., *Análise de discurso*, in *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*, M.W.G. BAUER, George Editor. 2004, Vozes: Petrópolis. p. 244-269.
135. Bardin, L., *Análise de conteúdo*. 1995, Lisboa: Edições 70.
136. Temba, E., *O significado da viuvez para a Mulher*, in *Outras Vozes*. 2004, WLSA: Maputo.
137. Dulobo, K., *Estratégias de sobrevivência de um grupo de viúvas organizadas em associação, cidade de Maputo*, 2008, in *Outras Vozes*. 2010, WLSA: Maputo.

138. P Ghosh, M., MS, O A Arah, MD, PhD,[†], A Talukdar, MD, PhD, D Sur, MBBS, DMCW, and G.R.B. MD[§], MBBS, MBA, MPH, P Sengupta, MD, and R Detels, MD, MS, *Factors associated with VIH infection among Indian women.* Int J STD AIDS, March, 2011. **22(3)**: p. 140-145.
139. Chinyere M. Aguocha¹, Richard U. Uwakwe², Chukwuma B. Duru³, Kevin C. Diwe³, Justine K. Aguocha⁴, Okezie O. Enwere¹, Emmanuel O. Olose⁵ *1 Prevalence and Socio-demographic Determinants of Depression among Patients Attending VIH/AIDS Clinic in a Teaching Hospital in Imo State, Nigeria* American Journal of Medical Sciences and Medicine, Available online at <http://pubs.sciepub.com/ajmsm/3/6/4>, 2015. **3(6)**: p. 106-112.
140. Hattingh Z, P.N.b.W.C., PhD c Joubert G, BA, MSc, *Socio-demographic risk factors for VIH infection in women living in Mangaung, Free State.* S Afr J Clin Nutr, 2009. **22(4)**: p. 203-207.
141. Panditrao, M., et al., *Socio-demographic factors associated with loss to follow-up of VIH-infected women attending a private sector PMTCT program in Maharashtra, India.* AIDS Care, 2011. **23(5)**: p. 593-600.
142. Ellison, C.G. and J.S. Levin, *The religion-health connection: Evidence, theory, and future directions.* Health Education & Behavior, 1998. **25(6)**: p. 700-720.
143. Sakaki, S. and T. Hassan, *The Investigation of Relationship between Religious Attitudes and Attachment Styles among Iranian Students.* Open Journal of Psychiatry, 2017. **7(02)**: p. 115.
144. Basu-Zharku, I.O., *The Influence of Religion on Health.* Inquiries Journal, 2011. **3(01)**.
145. Rumun, A.J., *INFLUENCE OF RELIGIOUS BELIEFS ON HEALTHCARE PRACTICE.*
146. Cau, B.M., & Armando, C. (2013). : , *Dinâmicas da população em Moçambique.* , in Centro de Pesquisa em População e Saúde/UEM. 2013: Maputo.
147. MISAU, *Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e VIH/SIDA em Moçambique (IMASIDA) 2015*, INS, Editor. 2016, MISAU: Maputo.
148. Audrey E. Pettifor, A.v.d.S., Megan S. Dunbar, Stephen C. Shiboski, and Nancy S. Padian, *Early age of first sex: a risk factor for VIH infection among women in Zimbabwe.* AIDS, 2004. **18**: p. 1435/1442.
149. Audrey Pettifor, K.B., Catherine MacPhail, William C. Miller and Helen Rees, *Early Coital Debut and Associated VIH Risk Factors Among Young Women and Men in South Africa.* International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 2009. **35(2)**: p. 74-82.
150. C.M. Silva & , O.M.C.V., *Percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DTS/VIH,* in Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2009. p. 401- 406.
151. Padrão, P., Silva-Matos, C., Damasceno, A., Lunet, N., *Association between tobacco consumption and alcohol, vegetable and fruit intake across urban and rural areas in Mozambique.* Epidemiol. Community Health (epub ahead of print), 2010J..
152. Scott, P., *Re-assentamento, saúde e insegurança em Itaparica: um modelo de vulnerabilidade em projetos de desenvolvimento,* in Saúde e Sociedade. 2006. p. 74-89.

153. M.Buchalla, V.P.C., *Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque muldisciplinar*, in *Revista de Saúde Pública*. 2002. p. 117-119.
154. Passador, L.H., "Tradição", *pessoa, gênero e DST/VIH/AIDS no Sul de Moçambique*, in *Cadernos de Saúde Pública*. 2009. p. 687-693.
155. MONTEIRO, A.P.A., 2011, in *Faculty of Humanities*. *VIH/AIDS prevention intervention in Mozambique as conflict of cultures: The casa of Dondo and Maringue in Sofala province.*, University of Witwatersrand: Johannesburg. p. 318.
156. Gonçalves, A., *Álcool, tabaco e outras drogas: concepções de professores e alunos do ensino básico e secundário e análise de programas e manuais escolares*, in *Instituto de Estudos da Criança*. 2008, Universidade do Minho: Braga. p. 474.
157. Eileen V. Pitpitan, S.C.K., Lisa A. Eaton •Demetria Cain, Kathleen J. Sikkema, Donald Skinner Melissa H. Watt, Desiree Pieterse, *Gender-based violence, alcohol use, and sexual risk among femalepatrons of drinking venues in Cape Town, South Africa* . . J Behav Med, 2012.
158. Sandra C. Timpson, M.L.W., Anne M. Bowen, John S. Atkinson, Michael W. Ross, *Sexual Activity in VIH-Positive African American Crack Cocaine Smokers*. Arch Sex Behav 2010. **39**: p. 1353-1358.
159. Patrícia Padrão, A.D., Carla Silva-Matos, Olga Laszczynska, António Prista, Lúdia Gouveia e Nuno Lunet, *Alcohol consumption in Mozambique: Regular consumption, weekly pattern andbinge drinking*, in *Drug and Alcohol Dependence* 2011. p. 87–93.
160. Lemos, C.A.G., *Padrao habitualo de consumo e uso de alcool Implica;oes em lesoes por acidentes de transito em pacientes internados*, in *Escola de Enfermagem de Ribeirao Preto*. 2015, USP: Sao Paulo. p. 140.
161. Trong Thanh-Hoang Ao, N.S.I.K., Ajay Mahal, S. V. Subramanian Grace Wyshak, Saidi Kapiga, *Risk Factors of Alcohol Problem Drinking Among FemaleBar/Hotel Workers in Moshi, Tanzania: A Multi-level Analysis* in *AIDS Behav* 2011. p. 330–339.
162. Puja Seth, P.a., b,*, Gina M. Wingood, ScD, MPH a,b, Ralph J. DiClemente, PhD a,b, LaShun S. Robinson, PhD, *Alcohol Use as a Marker for Risky Sexual Behaviors and Biologically Confirmed Sexually Transmitted Infections Among Young Adult African-American Women*, in *Women's Health Issues*. 2011. p. 130–135.
163. Rao, C., Lopez, A.D., Hemed, Y. Causes of death. In: Jamison, D.T., Feachem, and M. R.G., M.W., Bos, E.R., Baingana, F.K., Hofman, K.J., Rogo, K.O. (Eds.), *Disease and Mortality in Sub-Saharan Africa*. , in *The World Bank, Washing DC*. 2006. p. 43-58.
164. Robert L. Cook, F.Z., Bea Herbeck Belnap, Kathleen M. Weber, Stephen R. Cole, David Vlahov, Judith A. Cook, Nancy A. Hessel, Tracey E. Wilson, Michael Plankey, Andrea A. Howard, Gerald B. Sharp, Jean L. Richardson E Mardge H. Cohen *Alcohol Consumption Trajectory Patterns in Adult Womenwith VIH Infection* AIDS Behav, 2012. DOI 10.1007/s 10461-012-0270-6.
165. Matthew F Chersich, H.V.R., Fiona Scorgie and Greg Martin *Enhancing global control of alcohol to reduce unsafe sex and VIH in sub-Saharan Africa*

Globalization and Health. This article is available from: <http://www.globalizationandhealth.com/content/5/1/16>. 2009. **5:16**

166. Mukandavire, N.J.M.S.D.H.-M.G.M.Z., *Investigating Alcohol Consumption as a Risk Factor for VIH Transmission in Heterosexual Settings in Sub-Saharan African Communities* *Bull Math Biol* 2012. **74**: p. 2094–2124.
167. Stanley Luchters, S.G., Masila Syengo, Daniel Lango, Nzioki King'ola, Marleen Temmerman and Matthew F Chersich, *Use of AUDIT, and measures of drinking frequency and patterns to detect associations between alcohol and sexual behaviour in male sex workers in Kenya* :<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/384>. BMC Public Health, 2011. **11**(384).
168. George I. Eluwa, S.A.S., Samson B. Adebayo, Babatunde Ahonsi, Sylvia B. Adebajo, *A profile on VIH prevalence and risk behaviors among injecting drug users in Nigeria: Should we be alarmed?* , in *Drug and Alcohol Dependence*. 2012.
169. Nicolas Bertholet a, b., c,*, Debbie M. Cheng a,d, Jeffrey H. Samet a,e, Emily Quinn f, Richard Saitz *Alcohol consumption patterns in VIH-infected adults with alcohol problems*, in *Drug and Alcohol Dependence*. 2010. p. 160–163.
170. WHO, *World Drug Report 2015 Highlights Evidence-Based Drug Prevention And Treatment*. 2015.
171. Passador, L.H., *Masculinidades e construção social da violência*, in *Outras Vozes*. 2013, WLSA: Maputo.
172. Grezowski, A.C., *Mito da tutela penal no combate à violência de gênero ocorrida no âmbito doméstico e familiar*, in *Faculdade de Direito*. 2005, Universidade do Sul de Santa Catarina: Florianópolis.
173. Gloria Chepngeno-Langata, N.M., Maria Evandroua and Jane Falkinghamc, *Gender differentials on the health consequences of care-giving to people with AIDS-related illness among older informal carers in two slums in Nairobi, Kenya*, in *AIDS Care*. December 2011. p. 1586–1594.
174. CNCS, *Declaração Universal de Compromisso sobre o VIH e SIDA, Relatório de Progresso de Moçambique, Relatório para as Nações Unidas Sessão Especial da Assembleia Geral sobre VIH e SIDA*, http://www.unaidsrstes.org/files/ul/mozambique_2010_country_progress_report_en.pdf, pp. 2010.
175. Agadjanian, V., *Gender, religious involvement, and VIH/AIDS prevention in Mozambique*, in *Social Science & Medicine*. 2005. p. 1529–1539.
176. Osório, C., *Os ritos de iniciação: Identidades femininas e masculinas e estruturas de poder*, in *Outras Vozes*. 2015, WLSA: Maputo.
177. Osório, C., *Algumas reflexões sobre a abordagem de gênero nas políticas públicas sobre o VIH/SIDA* in *Outras Vozes*. 2004, WLSA: Maputo.
178. Abimanyi-Ochom, J., *The better the worse: risk factors for VIH infection among women in Kenya and Uganda* *Demographic and Health Survey AIDS Care*, December 2011. **23 (12)**: p. 1545-1550.
179. Hattingh Z, N.b.W.C., and c Joubert G, BA, *Socio-demographic risk factors for VIH infection in women living in Mangaung, Free State*. *S Afr J Clin Nutr*, 2009. **22(4)**: p. 203-207.
180. Joice Gaspar, S.M.Q., Renata Karina Reis e Elucir Gir, *Fatores sociodemográficos e clínicos de mulheres com papilomavírus humano e sua*

- associação com o vírus da imunodeficiência humana, in *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. jan.-fev. 2015. p. 74-81.
181. P Ghosh, M., O A Arah, A Talukdar, G R Babu, P Sengupta, and R Detels, *Factors associated with VIH infection among Indian women*. *Int J STD AIDS*, March 2011 **22(3)**: p. 140-145.
 182. Manjate, F., *Práticas de sucessão e herança no contexto urbano da cidade de Maputo*, in *Instituto de Ciências Sociais*. 2011, Universidade de Lisboa: Lisboa.
 183. Costa, A.B., *Famílias de Maputo: processos de mobilidade e transformações urbanas*, in *Revista Internacional em Língua Portuguesa*. 2011: Lisboa. p. 177-192.
 184. Silva, O.M.C.V.C.M., *Percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DTS/VIH*, in *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2009. p. 401- 406.
 185. Patrão, M.N., ed. *UNESCO and the principle of respect for human vulnerability*. 2009: Geneva.
 186. Serra, C., *Ciências, cientistas e investigação: manifesto do reencantamento social. Maputo*, in *UEM. Imprensa Universitária*. 2005.
 187. CAU, B.M., *O estigma do VIH e SIDA e a testagem de infecção pelo VIH entre adolescentes e jovens em Moçambique*. , n. 3, p. 1-33, mai., 2014., in *Gazeta de População e Saúde*. 2014, CEA-UEM: Maputo. p. 1-33.
 188. Loforte, A.M., *Mulheres e cuidados domiciliários num contexto de VIH e SIDA*, in *Outras Vozes*. 2011, CEA-UEM: Maputo., p. 1-9.
 189. Reis, R.a.a., *Vulnerability and Prevention of sexual VIH Transmission among VIH E SIDA Serodiscordant Coupls*. *Esc. Enfermagem USP*, 43(3), 2009: p. 662-9.
 190. SAMBISA, W.C., Sian; MISHRA, Vinod. *AIDS stigma as na obstacle to uptake of VIH testing: evidence from a zimbabwean national Population-based survey*, in *AIDS Care*. 2009: New York. p. 170-186.
 191. Sambisa, W., S. Curtis, and V. Mishra, *AIDS stigma as an obstacle to uptake of VIH testing: evidence from a Zimbabwean national population-based survey*. *AIDS Care*, 2010. **22(2)**: p. 170-186.
 192. Guilhem, D.A., Ana Maria F., *Bioética e gênero: moralidades e vulnerabilidade feminina no contexto da AIDS*, in *Revista Bioética*. 2008: Brazil. p. 229-240.
 193. Figueiredo, A.A.W.S.e.M.A.d.C., *A Vulnerabilidade Feminina à Infecção pelo VIH: Uma proposta de Intervenção*. USP - Universidade de São Paulo.
 194. al., B.e., *Conflitos e sentimentos de mulheres portadoras de VIH/AIDS: Um estudo bibliográfico*, in *Rev. Esc. Enferm.* Jan. 2009, USP: São Paulo. p. 79-86.
 195. Delmira, P.S., R., *Adesão ao tratamento antirretroviral: desafios comportamentais. Maputo: s, 2010*. 2010, Johns Hopkins University/Bloomberg School of Public Health/Center For Commnunication Program: Maputo.
 196. Ministério da Saúde, *Relatório da Revisão do Sector De Saúde*. 2012, Ministério de Saúde, USAID, HS2020, SDC, OMS, the World Bank: Maputo, Moçambique.
 197. MISAU, *Estratégia de Planeamento Familiar e Contraceção 2011-2015*. 2011.
 198. MASC, F., *Uma análise de economia política dos cuidados de saúde em Moçambique*, CEPSA, Editor. 2015: Maputo.
 199. Moçambique, G.d., *Programa Quinquenal do Governo_ 2015-2019 Aprovado pela AR. BR_29_I_SÉRIE_2.º_SUPLEMENTO_2015*. 2015.

200. Moçambique, G.d., *Avaliação Conjunta Anual XV*, MISAU, Editor. 2016, MISAU: Maputo.
201. MISAU, *Plano Estratégico do Sector da Saúde - PESS 2014-2019* D.d.P.e. Cooperação, Editor. 2013, MISAU: Maputo.
202. Carolyn M Audet, J.B., Troy D Moon, Mohsin Sidat, Alfredo E Vergara and Sten H Vermund, *Research article Sociocultural and epidemiological aspects of VIH/AIDS in Mozambique*. BMC International Health and Human Rights 2010, 10:15 <http://www.biomedcentral.com/1472-698X/10/15>, 2010.
203. MSF, M.S.F., *em Moçambique 2001-2010: dez anos de projecto de VIH*. Acessado em 26 de Junho de 2016. 2011.
204. MISAU, *Guia de tratamento antiretroviral e infecções oportunistas no adulto, dolescente e grávida*. 2009, DIRECÇÃO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA Maputo.
205. Xiulan Zhang, Y.Z., Tamara Aleong, Tobi Baker & Esme Fuller-Thomson, *Factors associated with the Household Income of Persons Living with VIH/AIDS in China*. Global Journal of Health Science, 2012. **Vol. 4, No. 3**.
206. Freya Rasschaert, T.D., Daniel Remartinez, Barbara Telfer, Faustino Lessitala, Marc Biot, Baltazar Candrinho and Wim Van Damme, *Sustainability of a community-based anti-retroviral care delivery model a qualitative research study in Tete, Mozambique*. Journal of the International AIDS Society, 2014.
207. Rasschaert F, T.B., Lessitala F, Decroo T, Remartinez D, et al., *A Qualitative Assessment of a Community Antiretroviral Therapy Group Model in Tete, Mozambique*. PLoS ONE, 2014. **9(3)**.
208. WHO, *Towards universal access: scaling up priority VIH/AIDS interventions in the health sector., in progress report 2010*, WHO, Editor. 2010: Geneva.
209. Maria Lahuerta, J.L., Batya Elul, Mie Okamura, Maria Fernanda Alvim, Harriet Nuwagaba-Biribonwoha, Deborah Horowitz, Rufino Fernandes, Americo Assan, Elaine J. Abrams, Wafaa M. El-Sadr and Denis Nash, *Patients Enrolled in VIH Care in Mozambique: Baseline Characteristics and Follow-Up Outcomes*. J Acquir Immune Defic Syndr. , 2011. **November 1; 58(3)**.
210. Lahuerta M, L.J., Nuwagaba-Biribonwoha H, Okamura M and Alvim MF., *Factors Associated with Late Antiretroviral Therapy Initiation among Adults in Mozambique*. PLoS ONE, 2012. **7(5)**.
211. Rituparna Pati, M.L., Batya Elul, Mie Okamura, Maria Fernanda Alvim, Bruce Schackman, Heejung Bang, Rufino Fernandes, Americo Assan, Josue Lima and Denis Nash, *Factors associated with loss to clinic among VIH patients not yet known to be eligible for antiretroviral therapy (ART) in Mozambique / for the Identifying Optimal Models of VIH Care in Mozambique Study Group*. Journal of the International AIDS Society, 2013. **16:18490**.
212. MISAU, *Estratégia de Grupos de Apoio e Adesão Comunitária*. 2015.
213. MENZER, J.A.G., A.; SCHINDLER, S.; VALDISSERR, R.; WEST, G. & HINMAN, A. R, *Providing prevention/risk reduction to persons with early VIH disease by non-governmental, community based organizations (NGO/CBOs)*. 1992.
214. DAVIDSON, A.R., C.; HAGGLUND, B.; PAULSON, A.; ST. JOHN, M. & COHN, D., *Relation of social factors to health care utilization and health status assessment in VIH-infected patients*. 1992: Amsterdã. p. 510.

215. TILLET, G.M., K, *The resolution of VIH-related conflict in the provision of health care*. 1992.
216. Butler, C., *VIH and AIDS, poverty and causation*. Lancet Publishing, 2000. **356**: p. 1445-1446.
217. Fenton, L., *Preventing VIH/AIDS through poverty reduction: The only sustainable solution?* Lancet Publishing, 2004. **364**: p. 1186-1187.
218. Tvedten I., P., M., & Toumien, M., *Gênero e pobreza em Moçambique*, in *Chr Michelsen Institute*. 2010. p. 1-4.

ANEXOS

Anexo 1: Tabelas das análises efetuadas no âmbito do estudo exploratório

Tabela 1a: Características sociodemográficas das mulheres com idade entre os 15 – 49 anos

Características		Grupos de Estudo					
		VIH Positivo (n=747)		VIH Negativo (n=5175)			
Grupo etário	15-19	63	8,4	818	15,8	881	14,8
	20-24	152	20,4	902	17,4	1054	17,8
	25-29	151	20,3	749	14,5	900	15,2
	30-34	128	17,1	706	13,6	834	14,1
	35-39	91	12,1	591	11,4	682	11,5
	40-44	56	7,4	376	7,3	432	7,3
	45-49	48	6,4	427	8,2	475	8,02
Residência	Urbana	325	43,5	1484	28,7	1809	30,5
	Rural	422	56,5	3691	71,3	4113	69,5
Província de Residência	Niassa	11	1,5	327	6,3	338	5,7
	Cabo Delgado	42	5,6	430	8,3	472	8
	Nampula	61	8,2	1013	19,6	1074	18,1
	Zambézia	147	19,7	928	17,9	1075	18,2
	Tete	41	5,6	463	8,9	504	8,5
	Manica	63	8,5	342	6,6	405	6,8
	Sofala	84	11,2	421	8,1	505	8,2
	Inhambane	41	5,5	351	6,8	392	6,6
	Gaza	107	14,3	281	5,4	300	5,1
	Maputo Província	70	9,4	315	6,1	385	6,5
	Maputo Cidade	79	10,6	304	5,9	383	6,5
Escolaridade	Sem escolaridade	189	25,3	1784	34,5	1973	33,3
	Primária	459	61,4	2018	54,5	2477	41,8
		97	13	535	10,3	632	10,7

	Superior	2	0,3	38	0,7	40	0,7
Religião	Católica	167	22,4	1621	31,3	1788	30,2
	Protestante	214	28,6	1141	22	1355	22,9
	Sião/Zione	102	13,7	451	8,7	553	9,3
	Muçulmana	113	15,1	1037	20	1150	19,4
	Animista	14	1,9	72	1,4	86	1,5
	Sem	87	11,7	537	10,4	624	10,5
	Religião						
	Outra	48	6,5	296	5,7	344	5,8
Quintil de Riqueza *	Muito Pobre	74	9,9	1048	20,3	1122	18,9
	Pobre	92	12,3	1061	20,5	1153	19,4
	Médio	118	15,8	1078	20,8	1196	20,2
	Rico	214	28,6	981	19	1195	20,2
	Muito Rico	249	33,3	1007	19,5	1256	21,2

Tabela 1b: Características sociodemográficas das mulheres com idade entre os 15 – 49 anos

Características		Grupos de Estudo					
		VIH Positivo			VIH Negativo		
		(n=747)			(n=5175)		
Estado Civil	Nunca Casou	52	7	575	11,1	627	10,6
	Casada/Vive Maritalmente	436	58,3	3771	72,8	4207	71
	Viúva	109	14,6	343	6,6	452	2,7
	Divorciada	27	3,6	106	2	133	2,2
	Não vivem juntos	124	16,6	381	7,4	505	8,5
Situação Laboral	Não trabalha	155	20,7	1020	19,7	1175	19,8
	No ano passado	93	12,4	746	14,4	839	14,2
	Trabalha	499	66,8	3405	65,8	3904	65,9

	atualmente						
Tem filhos	Sim	648	86,7	4439	85	5087	85,9
	Não	99	13,3	736	14,2	835	14
Número de	0	99	13,3	735	14,2	834	14
filhos							
	1 - 2	244	32.6	1289	24.2	1533	25,9
	3 - 4	189	25.3	1076	20.8	1265	21,4
	5+	215	28.8	2075	40.1	2290	38,7

Tabela 2: Comparação das variáveis sociodemográficas e a variável teste nos grupos do estudo

Características		Grupos de Estudo				OR (IC 95%)	P
		VIH Positivo		VIH Negativo			
		n=747	%	n=5175	%		
Idade	15-24	215	11,1	1720	88,9	0.7513(0.6326 – 0.8922)	0.0012
	25-49	474	14,3	2849	85,7		
Residência	Urbana	325	43,5	1484	28,7	1.9155(1.6377 – 2.2404)	0.0001
	Rural	422	56,5	3691	71,3		
Escolaridade	Escolaridade	558	74,7	2591	59,2	2.0328(1.7054 – 2.4231)	0.0001
	Sem escolaridade	189	25,3	1784	40,8		
Religião	Religião	610	81,9	4322	83,9	0.8709(0.7126 – 1.0644)	0.1940
	Sem Religião	135	18,1	833	16,2		
Quintil de Riqueza	Rico	463	61,9	1988	38,4	2,6135(2.2316 - 3.0609)	0.0001
	Pobre	284	38	3187	61,6		
Estado Civil	Casada	436	58,3	3771	72,9	0.5207(0.4447 – 0.6096)	0.0001
	Não Casada	312	41,7	1405	27,1		
Situação Laboral	Trabalha	592	79,3	4743	82,3	0.8214(0,6797– 0.9926)	0.0466
	Não Trabalha	155	20,8	1020	17,7		

Tabela 3: Distribuição das razões que levaram as participantes a fazer o seu último teste de VIH

Razões do último teste de VIH		Grupos de Estudo				OR (IC 95%)	P
		VIH Positivo		VIH Negativo			
		n=747	%	n=5175	%		
Queria saber o meu estado de infeção pelo VIH	Sim	121	49,9	429	50,4	1.0083 (0.7508 – 1.3409)	0.987
	Não	122	50,1	422	49,6		
O meu parceiro pediu-me para fazer o teste	Sim	3	1,1	23	2,7	0.4495 (1.338 – 1.509)	0.276
	Não	240	98,9	827	97,3		
Queria começar a ter relações sexuais com um novo parceiro	Sim	1	0,5	5	0,6	0.7021 (0.0816 – 6.038)	0.865
	Não	241	99,5	846	99,4		
Queria casar-me	Sim	0	0	7	0,8	0.000 (N/A)	0.335
	Não	243	100	844	99,2		
O meu empregador solicitou o teste	Sim	2	0,9	6	0,7	1.168 (0.2344 – 5.8279)	0.813
	Não	241	99,1	845	99,3		
Estava sentir-me doente	Sim	75	30,9	101	11,9	3.3106 (2.3507 – 4.6626)	0.0001
	Não	168	69,1	749	88,1		
Fui aconselhada por um trabalhador de saúde (enfermeiro/médico)	Sim	9	3,9	23	2,8	1.3889 (0.6340 – 3.0426)	0.542
	Não	233	96,1	827	97,2		

Estava grávida	Sim	58	24	287	33,8	0.6184 (0.4456 – 0.8580)	0.004
	Não	184	76	563	66,2		
Outros (seguro, Banco, etc.)	Sim	9	1,3	45	1,8	0.6961 (0.3387 – 1.4308)	0.408
	Não	720	98,7	2506	98,2		

Tabela 4: Características de Saúde Sexual e Reprodutiva das mulheres

Características				Grupos de Estudo				OR (IC 95%)	P
				VIH Positivo		VIH Negativo			
				n=747	%	n=5175	%		
Nados vivos que faleceram	Sim	345	46,2	2332	45,1	1.04 (0.8970 - 1.2204)	0.5915		
	Não	402	53,8	2843	54,9				
Uso de contraceptivos	Sim	240	32,2	1178	22,8	1.469 (1.238 – 1.742)	0.00001		
	Não	438	58,6	3157	61				
Usou preservativo na última relação	Sim	512	68,5	812	73,7	19.638 (15,4902–24,869	0.0001		
	Não	90	12	2803	5,4				
Como obteve preservativo pela última vez.	Comprou	48	60	187	77,3	0.4412(0.257 – 0.7563)	0.004		
	Oferecido	32	40	55	22,7				
Ficou muito satisfeito, com a qualidade do preservativo que foi utilizado da última vez	Satisfeito	73	23,3	240	76,7	0.659 (0.317 – 1.370)	0.356		
	Não Satisfeito	12	24,2	26	75,8				
Já ouviu falar do preservativo feminino	Sim	355	47,9	1814	36,7	1,587 (1.359 – 1-854)	0.0001		
	Não	386	52,1	3130	63,3				

Você/seu parceiro já usou preservativo feminino	Sim	21	2,8	57	3,2	1.942 (1.162 – 3.247)	0,015
	Não	332	94	1750	96,7		

Tabela 5: Capacidade auto reportada sobre identificação de ITS

Características		Grupos de Estudo					
		VIH Positivo		VIH Negativo		OR (IC 95%)	P
		n=747	%	n=5175	%		
É capaz de descrever os sintomas de uma ITS numa mulher?	Sim	130	17,5	882	17,1	1.0279(0.8394-1.2588)	0.830
	Não	614	82,5	4282	82,9		
É capaz de descrever os sintomas de uma ITS num homem?	Sim	170	22,8	1204	23,4	0.9704(0.8083-1.1652)	0.783
	Não	575	77,2	3952	76,6		

Tabela 6: Distribuição das variáveis relativas a utilização de serviços de Saúde e comparação com o sero estado das participantes

Variáveis relativas a utilização de serviços de Saúde		Grupos de Estudo				OR (IC 95%)	P
		VIH Positivo		VIH Negativo			
		n=747	%	n=5175	%		
Nos últimos 12 meses fez alguma operação?	Sim	4	0,5	34	0,7	0,8126 (2.875-2.965)	0.8829
	Não	743	99,5	51321	99,3		
Nos últimos 12 meses fez alguma transfusão de sangue?	Sim	13	1,8	71	1,4	1,273 (0,701-2,311)	0.528
	Não	732	98,2	5091	98,6		
Nos últimos 12 meses foi hospitalizada por alguma doença?	Sim	33	4,5	105	2,0	2,230 (1.496 –3.323)	0.00009
	Não	714	95.5	5067	98		
Quantas vezes foi internada nos últimos 12 meses?	≤3	32	46,6	102	98	0.628(0.0551–7.149)	0.761
	≥4	1	3	2	1,9		
A ultima vez que tomou uma injeção feita por um agente qual foi o motivo?	Tratamento médico	118	18,1	534	81,9	2.3084(1.6447-3.2399)	0.0001
	Outro (Vacinação; Tratamento Dentário)	56	8.74	540	91,26		
Quanto tempo leva para chegar a US	Menos de 1 Hora	229	18	1043	82	1.4663(1.2073-1.7809)	0.0001
	Mais de 1 Hora	225	13	1703	87		

Tabela 7a: Distribuição dos comportamentos, atitudes e práticas (CAP) em relação ao VIH e SIDA nos grupos

Variáveis relativas à CAP						Grupos de Estudo				P
						VIH Positivo		VIH Negativo		OR (IC 95%)
						n=747	%	n=5175	%	
Nos últimos 12 meses fez alguma tatuagem para embelezamento	Sim					15	2,0	88	1,7	1.1820 (0.6800 – 2.0548)
	Não					733	98	5083	98,3	
Sente-se confortável em falar com pelo menos uma pessoa da sua família sobre VIH e SIDA	Sim					329	89,4	1677	85,7	1.4035 (0.9838 – 2.0022)
	Não/Não sabe					39	10,6	279	14,2	
Quantas PVVIH pelo VIH e SIDA conhece?	Nenhuma					501	68,2	3922	77,4	0.0001
	1 – 4					139	19	933	18,4	
	5 - 9					43	5,8	100	2,0	
	Mais de 10					52	7,1	109	2,1	
Algumas dessas pessoas falam abertamente sobre o seu estado de seropositividade?	Sim					100	43	293	27,4	2.0116 (1.5014– 2.6951)
	Não					132	57	778	72,6	
Quantas pessoas morreram de sida conheceu?	Nenhuma					459	62,4	3667	72,5	0.0001
	1 – 4					189	25,8	1121	22,1	
	5 - 9					37	5	149	2,9	

Mais de 10	50	6,8	125	2,5	0.614 (0.614 – 0.615)	0.0001
------------	----	-----	-----	-----	-----------------------	--------

A senhora concorda ou não com as seguintes afirmações:

Há cura para o VIH e SIDA?	Concordo	140	19,1	499	9,9	2.1510(1.7505 – 2.6431)	0.0001
	Não Concordo/Não sabe	594	81	4554	90,1		

Tabela 7b: Distribuição dos comportamentos Atitudes e práticas em relação ao VIH e SIDA nos grupos

Variáveis relativas à CAP		Grupos de Estudo				OR (IC 95%)	P
		VIH Positivo		VIH Negativo			
		n=747	%	n=5175	%		
A credita que o VIH causa SIDA?	Concordo	502	68,5	3145	62,3	1.3086(1.1088 – 1.5444)	0.0014
	Não Concordo/Não sabe	232	31,5	1902	37,7		
Concorda de que fazer sexo com uma virgem cura Sida?	Concordo	43	5,9	214	4,2	1.4077(1.0048 – 1.9721)	0.05728
	Não Concordo/Não sabe	689	94,1	4827	95,7		
Acha que o VIH e SIDA é castigo de	Concordo	124	16,9	677	13,4	1.3152(1.0667 – 1.6215)	0.0119

Deus?	Não Concordo/Não sabe	609	83,1	4373	86,6		
É aceitável ou reprovável que alguém se case com uma pessoa com VIH e SIDA	Concordo	192	26,2	1284	25,4	1.0420(0.8735 – 1.2431)	0.6802
	Não Concordo/Não sabe	541	73,8	3770	74,6		
Eu não teria medo de ter sexo protegido com um parceiro com VIH e SIDA	Concordo	203	27,6	1088	21,5	1.3929(1.1691 – 1.6594)	0.0002
	Não Concordo/Não sabe	531	72,4	3964	78,4		
Não se deve formar ou promover alguém que tem VIH e SIDA	Concordo	203	27,6	1088	21,5	1.3929(1.1691 – 1.6594)	0.0002
	Não Concordo/Não sabe	531	72,4	3964	78,4		
Crianças VIH positivas devem ser separadas para evitar infetar outras crianças	Concordo	116	15,8	831	16,4	0.9536(0.7716 – 1.1786)	0.6996
	Não Concordo/Não sabe	618	84,2	4222	83,5		
Acha que esta em risco de contrair SIDA?	Não há risco	138	18,8	1551	30,7	0.541(0.541 – 0.541)	0.0001
	Pouco risco	122	16,6	949	18,8	0.780(0.779 – 0.780)	0.0001
	Risco moderado	55	7,5	411	8,1	0.808(0.807 – 0.808)	0.0001
	Elevado	89	12,1	407	8,0	1.321(1.321 – 1.322)	0.0001
	Não sabe	285	38,8	1729	34,2	22.621(22.606 – 22.636)	0.0001

Tabela 8: Conhecimento das mulheres sobre as formas de contágio de VIH e SIDA

Acha que é possível transmitir o VIH&SIDA através de:		Grupos de Estudo				OR (IC 95%)	P
		VIH Positivo		VIH Negativo			
		n=747	%	n=5175	%		
Partilhando agulhas de injeção/lâminas	Sim	686	93,5	4675	92,4	0.9643 (0.6051 – 1.5367)	0.9740
	Não	21	2,8	138	2,7		
Fumando o mesmo cigarro	Sim	102	14	583	11,5	1.2515 (0.9949 – 1.5743)	0.0631
	Não	522	71,4	3734	73,9		
Sexo oral	Sim	393	53,5	2307	45,7	1.4080 (1.1654 – 1.7012)	0.0004
	Não	177	24,2	1463	28,9		
Sexo vaginal não protegido	Sim	658	89,7	4394	86,9	1.0721 (0.7739 – 1.4851)	0.7358
	Não	44	6,0	315	6,2		
Usando a mesma sanita	Sim	64	8,8	442	8,7	1.0108 (0.7666 – 1.3327)	0.9958
	Não	568	77,5	3965	78,5		
Usando o mesmo copo	Sim	69	9,4	476	9,4	0.9994 (0.7654 – 1.3051)	0.9489
	Não	589	80,2	4061	80,4		
Sexo anal desprotegido	Sim	391	53,2	2423	48	1.3609 (1.1176 – 1.6576)	0.0024
	Não	157	21,3	1324	26,2		
Respirando o mesmo ar	Sim	73	10	423	8,4	1.2117 (0.9309 – 1.5773)	0.1743
	Não	562	76,6	3946	78,2		
Contacto com sangue infetado	Sim	584	79,5	4121	81,6	0.7418 (0.5878 – 0.9363)	0.0139
	Não	98	13,3	513	10,1		
Tocando alguém com VIH e SIDA	Sim	59	8,0	396	7,9	1.0072 (0.7563 – 1.3413)	0.9807
	Não	609	83	4117	81,5		

Tabela 9: Acesso e exposição às fontes de informação e comunicação

Durante a semana quantas vezes:				Grupos de Estudo				OR (IC 95%)	P
				VIH Positivo		VIH Negativo			
				n=747	%	n=5175	%		
Ouve a rádio?	Nunca	191	25,6	1089	21,1	1.561(1.560 – 1.561)	0.0001		
	De vez em quando	228	30,6	1562	30,2	1.151(1.151 – 1.151)	0.0001		
	Algumas vezes por semana	74	9,9	567	11	0.936(0.936 – 0.937)	0.0001		
	Varias vezes	29	3,9	346	6,7	0.662 (0.662 – 0.663)	0.0001		
	Todos dias	224	30	1610	31,1		0.0001		
Assiste Televisão?	Nunca	392	52,5	3427	66,3	0.506(0.505 – 0.506)	0.0001		
	De vez em quando	138	18,5	635	12,3	1.036(1.035 – 1.036)	0.0001		
	Algumas vezes por semana	58	7,8	354	6,9	0.835(0.835 – 0.835)	0.0001		
	Varias vezes	10	1,3	57	1,1	0.831(0.830 – 0.831)	0.0001		
	Todos dias	149	19,9	696	13,5		0.0001		
Lê uma revista ou Jornal?	Nunca	632	84,6	4598	89	1.273(1.272 – 1.274)	0.0001		
	De vez em quando	66	8,9	334	6,5	1.393(1.392 – 1.394)	0.0001		
	Algumas vezes por	32	4,3	119	2,3	1.778(1.777 – 1.780)	0.0001		

Usa a internet?	semana						
	Varias vezes	5	0,7	34	0,7	0.932(0.931 – 0.933)	0.0001
	Todos dias	11	1,5	81	1,6		0.0001
	Nunca	723	96,8	5026	97,3	1.173(1.172 – 1.174)	0.0001
	De vez em quando	9	1,2	67	1,3	0.788(0.787 – 0.788)	0.0001
	Algumas vezes por	3	0,4	15	0,3	1.316(1.315 – 1.318)	0.0001
	semana						
	Varias vezes	5	0,7	11	0,2	2.584(2.581 – 2.588)	0.0001
	Todos dias	7	0,9	48	0,9		0.0001

Tabela 10a: Distribuição das variáveis relativas ao estigma e discriminação nos grupos de estudo

Variáveis relativas ao estigma e discriminação				Grupos de Estudo					
				VIH Positivo		VIH Negativo			
				n=747	%	n=5175	%	OR (IC 95%)	P
Acha que algumas formas de violência contra as mulheres torna as sabe vulneráveis ao VIH?	Sim			460	62,6	3300	65,3	0.8908 (0.7588 – 1.0458)	0.1700
	Não/Não			274	37,4	1751	34,7		
Alguma vez foi forçada fisicamente a manter relações sexuais?	Sim			22	3,0	106	2,1	1.4034 (0.8808 – 2.2362)	0.1938
	Não/Não		sabe	714	97	4828	97,8		
Alguma vez foi forçada fisicamente a manter relações sexuais durante os últimos 12 meses	Sim			5	20,5	31	30,1	0.6272 (0.2136 – 1.8420)	0.5489
	Não/Não		sabe	18	79,5	70	67,6		
O que lhe encorajaria a tomar ARVs:									
Por ser gratuito	Sim			189	25,8	1317	26,1	0.9839 (0.8243 – 1.1745)	0.8932
	Não/Não		sabe	543	74,2	3723	73,8		

Por serem facilmente acessíveis	Sim	105	14,3	608	12,1	1.2185 (0.9746 – 1.5235)	0.0936
	Não/Não sabe	628	85,7	4431	89		
Sem discriminação na empresa	Sim	17	2,3	139	2,8	0.8372(0.5029 – 1.3936)	0.5737
	Não/Não sabe	71620	97,7	4901	97,2		

Tabela 10b: Distribuição das variáveis relativas ao estigma e discriminação nos grupos de estudo

Variáveis discriminação	relativas ao	estigma e	Grupos de Estudo						
			VIH Positivo		VIH Negativo		OR (IC 95%)	P	
			n=747	%	n=5175	%			
Por	garantir	a	Sim	133	18,1	700	13,9	1.3743 (1.1206 – 1.6855)	0.00263
confidencialidade	do meu	Não/Não	sabe	600	82	4340	84,1		
estado em relação ao VIH									
Disponibilidade	de grupos		Sim	27	3,7	186	3,7	0.9988 (0.6620 – 1.5070)	0.9208
de apoio			Não/Não	705	96,1	4851	96,3		
			sabe						
Não perderei o emprego			Sim	2	0,3	19	0,4	0.7240 (0.1683 – 3.1148)	0.9146

Outos	Não/Não sabe	730	99,7	5021	99,6		
	Sim	258	35,3	1173	23,3	1.8652 (1.5798 – 2.2022)	0.0001
	Não/Não sabe	456	64,7	3867	78,7		

Tabela 11: Distribuição do consumo de álcool e uso de substâncias psicoativas nos grupos do estudo

Hábitos			alcoólicos		e		Grupos de Estudo			
consumo			substâncias		VIH Positivo		VIH Negativo			
psicoativas					n=747	%	n=5175	%	OR (IC 95%)	P
Alguma	vez	Sim			274	36,7	1398	27	1.5642 (1.3317 – 1.8374)	0.0001
consumiu	bebidas	Não			473	63,3	3775	72		
alcoólicas										
Alguma	vez	usou	Sim	3		0,4	39	0,76	0.5290 (0.1631 – 1.760)	0.3977
algum tipo de droga			Não	745		99,6	5123	99,9		
Alguma	vez	usou	Sim	1		0,13	4	0,8	1.7319 (0.1933 – 15.5166)	0.8598
drogas injetáveis										
			Não	746		99,8	5168	99,9		
Alguma	vez	partilhou	Sim	1		100	2	50	N/A	0.8194
agulhas/seringas			Não	0		0	2	50		
injetáveis										

Anexo 2: Autorização para o uso da base de dados do INSIDA (2009)

DHS Download Account Application

archive@measuredhs.com <archive@measuredhs.com>
Para osmathavel@gmail.com

16 de Outubro de 2012 às 13:43

You have been authorized to download data from the Demographic and Health surveys (DHS) on-line archive. This authorization is for unrestricted countries requested on your application.

All DHS data should be treated as confidential, and no effort should be made to identify any household or individual respondent interviewed in the survey.

The data sets must not be passed on to other researchers without the written consent of DHS. Users are requested to submit a copy of any reports/publications resulting from using the DHS data files. These reports should be sent to the attention of the DHS Data Archive: archive@measuredhs.com.

To begin downloading datasets, please login at http://www.measuredhs.com/data/dataset_admin/login_main.cfm. Once you are logged in, you may also edit your contact information, change your email/password, request additional countries or Edit/Modify an existing Description of Project.

Some resources to help you analyze DHS data efficiently are available at:
<http://measuredhs.com/data/Using-Datasets-for-Analysis.cfm>

The files you will download are in zipped format and must be unzipped before analysis. Following are some guidelines:

After unzipping, print the file with the .DOC extension (found in the Individual/Male Recode Zips). This file contains useful information on country specific variables and differences in the Standard Recode definition.

Please download the DHS Recode Manual: <http://measuredhs.com/publications/publication-dhsg4-dhs-questionnaires-and-manuals.cfm>

The DHS Recode Manual contains the documentation and map for use with the data. The Documentation file contains a general description of the recode file, including the rationale for recoding; coding standards; description of variables etc. The Map file contains a listing of the standard dictionary with basic information relating to each variable.

It is essential that you consult the questionnaire for a country, when using the data files. Questionnaires are in the appendices of each survey's final report: <http://measuredhs.com/publications/publications-by-type.cfm>.

We also recommend that you make use of the Data Tools and Manuals: http://www.measuredhs.com/accesssurveys/technical_assistance.cfm.

DHS statistics can also be obtained using the STATcompiler tool: <http://www.statcompiler.com>. This tool allows users to select countries and indicators to create customized tables. It accesses nearly all of the indicators that are published in the final reports. Authorization is not needed to use the STATcompiler.

If you have any questions or need assistance, please send an email to: archive@measuredhs.com.

MEASURE DHS Data Archive
ICF International
11785 Beltsville Drive
Calverton, MD 20705
LOGIN INFORMATION:
Login Email: osmathavel@gmail.com

Anexo 3: Folha de consentimento

VULNERABILIDADES DAS MULHERES, VIOLÊNCIA DE GÊNERO E INFECÇÃO PELO VIH/SIDA NA CIDADE DE MAPUTO, MOÇAMBIQUE

Confidencialidade e consentimento

“Chamo-me Osvaldo Augusto Matavel. Doutorando em Saúde Internacional, especialização em Políticas de Saúde e Desenvolvimento no IHMT-UNL, pelo que, estou a realizar entrevistas a mulheres vivendo com VIH/SIDA, membros desta associação. Espera-se que este estudo forneça informação que permita conhecer as Características das mulheres vivendo com VIH/SIDA e suas experiências e percepções sobre a sua saúde sexual e reprodutiva. Espera-se que os resultados ajudem as autoridades de saúde e outras organizações que lidam com as mulheres vivendo com VIH/SIDA a melhorar a planificação das suas ações/intervenções de promoção, prevenção ou manutenção de saúde das mulheres vivendo com VIH/SIDA. A sua participação é voluntária e completamente anónima, pelo que não tem que nos dizer o seu nome. Todas as respostas são confidenciais. Isso significa que ninguém além investigador terá acesso às suas respostas. Os dados (sem detalhes de identificação) serão mantidos na Faculdade de Medicina da UEM no máximo de 5 anos para comparação com estudos futuros. Sabemos que algumas das perguntas que faremos dizem respeito a assuntos confidenciais e sobre assuntos pessoais e podem lembrar experiências angustiantes ou coisas incómodas, mas as suas respostas são valiosas. Quanto mais respostas nos fornecer melhor será o resultado do estudo.

O guião de entrevista semiestruturado inclui questões para a recolha de dados para caracterização sociodemográfica e um segundo conjunto de questões abertas sobre suas experiências, percepções e vivências com a infeção pelo VIH/SIDA. A entrevista será gravada, com o seu consentimento e o material obtido será guardado de forma segura com garantia de privacidade e confidencialidade.

Quer participar? Sim/Não.

O Participante

OBRIGADO

Em caso de necessidade de informação adicional ou de esclarecimento de dúvida,
por favor contacte o Investigador responsável pelo Estudo no

*Departamento de Saúde da Comunidade, Faculdade de Medicina, Universidade Eduardo
Mondlane. Avenida Salvador Allende, número 702, Caixa Postal 257, Maputo Moçambique.*

Telefone fixo: 21428076; Telemóvel: 84 315 8350; Fax: 21325255

Anexo 4: Ficha de recolha do perfil da participante

Ficha de recolha do perfil da participante

Data: ____/____/2016

Local:

I. Dados sociodemográficos

Registe a hora	INICIO_____																				
	FIM_____																				
1. Idade	_____																				
2. Escolaridade	<table> <tr><td>Alfabetização</td><td>01</td></tr> <tr><td>Primário (ep1)</td><td>02</td></tr> <tr><td>Primário (ep2)</td><td>03</td></tr> <tr><td>Ensino secundário (1º ciclo)</td><td>04</td></tr> <tr><td>Ensino secundário (2º ciclo)</td><td>05</td></tr> <tr><td>Técnico elementar</td><td>06</td></tr> <tr><td>Técnico básico</td><td>07</td></tr> <tr><td>Técnico médio</td><td>08</td></tr> <tr><td>Formação de professores</td><td>09</td></tr> <tr><td>Superior</td><td>10</td></tr> </table>	Alfabetização	01	Primário (ep1)	02	Primário (ep2)	03	Ensino secundário (1º ciclo)	04	Ensino secundário (2º ciclo)	05	Técnico elementar	06	Técnico básico	07	Técnico médio	08	Formação de professores	09	Superior	10
Alfabetização	01																				
Primário (ep1)	02																				
Primário (ep2)	03																				
Ensino secundário (1º ciclo)	04																				
Ensino secundário (2º ciclo)	05																				
Técnico elementar	06																				
Técnico básico	07																				
Técnico médio	08																				
Formação de professores	09																				
Superior	10																				
3. Qual é a sua principal ocupação, dizer, que tarefas principais realiza no seu trabalho	_____ _____ _____																				
4. Religião	<table> <tr><td>Católica</td><td>01</td></tr> <tr><td>Protestante/evangélica</td><td>02</td></tr> <tr><td>Sião/zione</td><td>03</td></tr> <tr><td>Animista</td><td>04</td></tr> <tr><td>Nenhuma</td><td>05</td></tr> <tr><td>Outra_____</td><td>00</td></tr> </table>	Católica	01	Protestante/evangélica	02	Sião/zione	03	Animista	04	Nenhuma	05	Outra_____	00								
Católica	01																				
Protestante/evangélica	02																				
Sião/zione	03																				
Animista	04																				
Nenhuma	05																				
Outra_____	00																				

	(especifique)
5. Estado Civil	<div>Nunca Casou 01</div> <div>Casada 02</div> <div>Vive Maritalmente 03</div> <div>Viúva 04</div> <div>Divorciada 05</div> <div>Não vivem juntos 06</div>
6. Residência atual (Bairro)	_____

II. Roteiro de entrevista semiestruturada para mulheres vivendo com VIH/SIDA

7. Na sua opinião há diferença de risco de infeção pelo VIH entre homens e mulheres em nossa sociedade? Como é que práticas culturais tradicionais (como a kudjinga/pitakufa e outras) interferem na vulnerabilidade de infeção pelo VIH? Trabalhar tem relação com os riscos de infeção pelo VIH?
8. Consume álcool, drogas ou outras substâncias psicoativas? Acha que isso contribui para a infeção? Frequentar ambientes como bares, discotecas, barracas, etc. tem risco?
9. Alguma vez utilizou um meio (contracetivo) qualquer ou fez alguma coisa para evitar uma gravidez? Que método conhece?
10. Já sofreu alguma forma de discriminação? Onde? Ou conhece alguém que tenha sofrido? Podes nos relatar como foi?
11. Alguma vez foi forçada a manter relações sexuais? Como acha que a Violência contra as mulheres pode influenciar negativamente a vida da mulher vitima? Já sofreu diretamente? Ou conhece alguém que tenha sofrido? Conte-nos como foi?
12. Qual a responsabilidade de líderes políticos, religiosos, comunitários e da sociedade em geral para mudar a prevalência de VIH/SIDA em Moçambique?

13. Toma algum contracetivo?	Sim	1
	Não	2
	Não respondeu	8
14. Usa preservativo nas suas relações sexuais?	Sim	1
	Qual M F	2
	Não	2
	não respondeu	8
15. Quantas vezes engravidou?	_____	
16. Que idade tinha quando teve relações sexuais pela primeira vez?		

17. Quando fez o teste de VIH? _____ ONDE?	GATV/ATS	01
	HOSPITAL/CENTRO DE SAÚDE	02
	DOAÇÃO DE SANGUE	03
	CLINICA/LABORATORIO PRIVADO	04
	SAAJ	05
	GATV SATÉLITE	06
	PTV	07
	ATS COMUNITÁRIO	08
	OUTRO _____	09
	(ESPECIFIQUE)	
18. Como acha que adquiriu a infeção por VIH	PARTILHANDO AGULHAS DE INJEÇÃO/LAMINAS	01
	FUMANDO O MESMO CIGARRO	02
	SEXO ORAL	03
	SEXO VAGINAL NÃO PROTEGIDO	04
	USANDO A MESMA SANITA	05
	USANDO O MESMO COPO	06
	SEXO ANAL DESPROTEGIDO	07
	RESPIRANDO O MESMO AR	08
	CONTACTO COM SANGUE INFETADO	09
	TOCANDO ALGUÉM VIH&SIDA	10
19. Está em TARV?	SIM	1 Desde quando? _____
	NÃO	2
	NÃO RESPONDEU	8
20. Onde adquire os ART`s?	HOSPITAL/CS PUBLICO	01
	CLÍNICAS PRIVADAS	02
	FARMÁCIAS	03
	HOSPITAL DE DIA	04

	MEDICO TRADICIONAL	05
	OUTRO_____	06
	(ESPECIFIQUE)	
	NÃO SABE	08
21. Onde trata as suas doenças?	POSTO DE SAÚDE DO ESTADO	01
	CENTRO DE SAÚDE DO ESTADO	02
	HOSPITAL (RURAL, CENTRAL,	
	GERAL, PROVINCIAL	03
	CLINICA PRIVADA	04
	MÉDICO TRADICIONAL	05
	OUTRO_____	06
	(ESPECIFIQUE)	

22. O que acha do atendimento na unidade sanitária? Costuma esperar muito para ser atendida? Há sempre medicamento quando precisa? O pessoal trata-a bem? O que acha da higiene da unidade sanitária? O ambiente ajuda a manter a confidencialidade? Outros aspetos?
23. Tendo em conta a sua experiência, diga quais os aspetos positivos e negativos no acompanhamento e tratamento de PVVIH em Moçambique. Fale dos mais importantes?

Anexo 5: Documentos de aprovação do CIBS-FM&HCM



Comité Institucional de Bioética em Saúde
da Faculdade de Medicina/Hospital Central
de Maputo (CIBS FM&HCM)



O Dr. Jahit Sacarlal, Presidente do Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina/Hospital Central de Maputo (CIBS FM&HCM)

CERTIFICA

Que este Comité avaliou a proposta do (s) Investigador (es) Principal (is):

Nome (s): Osvaldo Augusto Matavel

Protocolo de investigação: de 2013 e sem versão

Consentimento informado – Não aplicável

Inquérito – sem data e sem versão

Do estudo:

TÍTULO: “Perfil sócio-demográfico e da saúde sexual e reprodutiva das mulheres (15-49 anos) Moçambicanas, infectadas e não infectadas pelo HIV.”

PATROCINADOR: Não aplicável

E faz constar que:

1ª Após revisão das respostas dos investigadores das recomendações dos membros do comité, acta 09/2013, o CIBS FM&HCM, emite este informe notando que não há nenhuma inconveniência de ordem ética que impeça o início do estudo

2ª Que a revisão se realizou de acordo com o Regulamento do Comité Institucional da FM&HCM – emenda 1 de 19 de Fevereiro de 2013.

3ª Que o protocolo está registado com o número CIBS FM&HCM/43/2013

4ª Que a composição actual do CIBS FM&HCM está disponível na secretária do Comité

5ª Que não existiu nenhum conflito de interesse registado pelos membros do CIBS FM&HCM.

6ª O CIBS FM&HCM faz notar que a aprovação ética não substitui a aprovação científica nem a autorização administrativa.

7ª A aprovação tem validade de 1 ano e termina a 02 de Outubro de 2014. Um mês antes dessa data o Investigador deve enviar um pedido de renovação se necessitar.

8ª Recomenda aos investigadores que mantenham o CIBS informado do decurso do estudo no mínimo uma vez ao ano.

E emite

RESULTADO: **APROVADO**

Assinado em Maputo aos 02 de Outubro de 2013



Comité Institucional de Bioética em Saúde da
Faculdade de Medicina/Hospital Central de
Maputo



(CIBS FM&HCM)

O Dr. Jahit Sacarlal, Presidente do Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de
Medicina/Hospital Central de Maputo (CIBS FM&HCM)

CERTIFICA

Que este Comité avaliou a proposta do (s) Investigador (es) Principal (is):

Nome (s): Osvaldo Augusto Matavel

Protocolo de investigação: sem versão e sem data

Consentimento informado: sem versão e sem data

Questionários: sem versão e sem data

Guião de entrevista: sem versão e sem data

Do estudo:

**TÍTULO: "Percepções sobre a saúde sexual e reprodutiva das mulheres infectadas por HIV na
Cidade de Maputo" Estudo decorrerá no primeiro semestre de 2016**

E faz constar que:

1ª Após revisão pelos revisores no dia 11 de Março de 2016 das respostas dos investigadores das recomendações feitas no dia 03 de Dezembro de 2016 pelo Comité, e que foi incluída na acta 11/2015 o CIBS FM&HCM, emite este informe notando que não há nenhuma inconveniência de ordem ética que impeça o início do estudo.

2ª Que a revisão se realizou de acordo com o Regulamento do Comité Institucional da FM&HCM – emenda 2 de 28 de Julho de 2014.

3ª Que o protocolo está registado com o número CIBS FM&HCM/69/2015.

4ª Que a composição actual do CIBS FM&HCM está disponível na secretária do Comité.

5ª Que não existiu nenhum conflito de interesse registado pelos membros do CIBS FM&HCM.

6ª O CIBS FM&HCM faz notar que a aprovação ética não substitui a aprovação científica nem a autorização administrativa.


7ª A aprovação tem validade de 1 ano e termina a 10 de Março de 2017. Um mês antes dessa data o Investigador deve enviar um pedido de renovação se necessitar.

8ª Recomenda aos investigadores que mantenham o CIBS informado do decurso do estudo no mínimo uma vez ao ano.

9ª Solicitamos aos investigadores que enviem no final de estudo um relatório dos resultados obtidos.

E emite

RESULTADO: APROVADO


CIBS
FM & HCM

Assinado em Maputo aos 11 de Março de 2016